



2022 Manual para miembros

AETNA BETTER HEALTHSM PREMIER PLAN

Aetna Better HealthSM Premier Plan (plan de Medicare y Medicaid) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Michigan para brindarles los beneficios de ambos programas a sus inscritos.



AetnaBetterHealth.com/Michigan

Manual para miembros de Aetna Better Health Premier Plan

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Su cobertura de salud y para medicamentos de Aetna Better Health Premier Plan, plan de Medicare y Medicaid

Introducción al *Manual para miembros*

En este manual, se proporciona información sobre su cobertura de Aetna Better Health Premier Plan hasta el 31 de diciembre de 2022. Se explican los servicios de atención médica, la cobertura de salud conductual, la cobertura para medicamentos con receta y los servicios y apoyos a largo plazo. Los servicios y apoyos a largo plazo lo ayudan a quedarse en su hogar en lugar de ir a un hogar de convalecencia o a un hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

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

Este plan es ofrecido por Aetna Better Health of Michigan, Inc. Cuando este *Manual para miembros* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, significa Aetna Better Health of Michigan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Aetna Better Health Premier Plan.

ATENCIÓN: Si habla español o árabe, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

ATTENTION: If you speak Spanish or Arabic, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. The call is free.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. اتصل على الرقم 1-855-676-5772 (الهاتف النصي: 711)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. وتكون هذه المكالمات مجانية.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio.

Llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Si desea realizar o modificar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

A. Bienvenido a Aetna Better Health Premier Plan.....	13
B. Información sobre Medicare y Medicaid de Michigan.....	13
B1. Medicare.....	13
B2. Medicaid de Michigan.....	13
C. Ventajas de este plan.....	14
D. Área de servicio de Aetna Better Health Premier Plan.....	15
E. Requisitos necesarios para ser miembro del plan.....	15
F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud.....	16
G. Su plan de atención.....	17
H. Prima mensual del plan de Aetna Better Health Premier Plan.....	17
I. <i>El Manual para miembros</i>	17
J. Otra información que le enviaremos.....	18
J1. Su identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan.....	18
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	19
J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	20
J4. <i>La Explicación de beneficios</i>	20
K. Cómo mantener actualizado su registro de miembro.....	21
K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI).....	21

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

A. Cómo ponerse en contacto con su coordinador de atención.....	23
A1. Cuándo ponerse en contacto con su coordinador de atención.....	23
B. Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health Premier Plan.....	24
B1. Cuándo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.....	25
C. Cómo ponerse en contacto con la Línea de enfermería las 24 horas.....	27
C1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de enfermería las 24 horas.....	27



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/michigan)**.

D. Cómo ponerse en contacto con la Línea de información general del PIHP y la Línea de crisis de salud conductual	27
D1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de información general del PIHP	29
D2. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual	30
E. Cómo ponerse en contacto con el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP).	31
E1. Cuándo ponerse en contacto con el MMAP	31
F. Cómo ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad (QIO)	32
F1. Cuándo ponerse en contacto con Livanta.	32
G. Cómo ponerse en contacto con Medicare	33
H. Cómo ponerse en contacto con Medicaid de Michigan	34
I. Cómo ponerse en contacto con el programa del defensor del pueblo de MI Health Link	35
J. Cómo ponerse en contacto con el programa del defensor del pueblo de atención a largo plazo de Michigan	35
K. Otros recursos	36

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

A. Información acerca de los “servicios”, los “servicios cubiertos”, los “proveedores” y los “proveedores de la red”	39
B. Normas para obtener atención médica, servicios de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan	39
C. Información acerca de su coordinador de atención	41
C1. Qué es un coordinador de atención	41
C2. Cómo puede ponerse en contacto con su coordinador de atención	41
C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención	41
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y de proveedores fuera de la red.	42
D1. Atención de un proveedor de atención primaria	42
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	44
D3. Qué hacer cuando un proveedor deja de participar en nuestro plan	44
D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	45



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

E. Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	46
F. Cómo obtener servicios de salud conductual	46
G. Cómo participar en acuerdos de autodeterminación.	46
G1. Cuáles son los acuerdos que respaldan la autodeterminación.	46
G2. Quiénes pueden obtener acuerdos que respaldan la autodeterminación	47
G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores	47
H. Cómo obtener servicios de transporte.	47
I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre	47
I1. Atención ante una emergencia médica	47
I2. Atención de urgencia	50
I3. Atención durante un desastre.	51
J. Qué hacer si le facturan directamente los servicios cubiertos por nuestro plan.	51
J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan	51
K. Cobertura de los servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	52
K1. Definición de un estudio de investigación clínica	52
K2. Pago por los servicios cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica.	53
K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica	53
L. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando se encuentra en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	53
L1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	53
L2. Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	54
M. Equipos médicos duraderos (DME).	54
M1. DME como miembro de nuestro plan	54
M2. Propiedad de DME cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	55
M3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan.	56
M4. Equipos de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage.	56



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

A. Sus servicios cubiertos.	58
A1. Durante las emergencias de salud pública.	59
B. Normas contra los proveedores que le cobran por servicios	59
C. La Tabla de beneficios de nuestro plan	60
D. La Tabla de beneficios	61
E. Beneficios cubiertos fuera de Aetna Better Health Premier Plan	111
E1. Atención en un hospicio.	111
E2. Servicios cubiertos por el Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP)	112
F. Beneficios no cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan, Medicare o Medicaid de Michigan	112

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

A. Cómo obtener sus medicamentos con receta.	116
A1. Cómo obtener sus medicamentos con receta en una farmacia de la red	116
A2. Cómo utilizar su identificación de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.	116
A3. Qué hacer si cambia a otra farmacia de la red	116
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red.	117
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada	117
A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	117
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	119
A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	120
A9. Cómo obtener un reembolso si paga por un medicamento con receta	120
B. Lista de medicamentos del plan	121
B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos.	121
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos.	121
B3. Medicamentos que no se encuentran en la Lista de medicamentos	121
B4. Niveles en la Lista de medicamentos	122



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

C. Límites para algunos medicamentos	123
D. Motivos por los que su medicamento puede no estar cubierto	124
D1. Cómo obtener un suministro temporal	124
E. Cambios en la cobertura para sus medicamentos	127
F. Cobertura para medicamentos en casos especiales	129
F1. Si se encuentra en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía	129
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo	129
F3. Si se encuentra en un programa de hospicio certificado por Medicare	130
G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	130
G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura	130
G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	131
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos opioides de manera segura	132

Capítulo 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de Medicare y Medicaid de Michigan

A. La <i>Explicación de beneficios</i> (EOB)	135
B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos	135
C. Un resumen de su cobertura para medicamentos	136
C1. Los niveles del plan	136
C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	136
C3. Resumen de la cobertura para medicamentos	137
D. Vacunas	138
D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse	138

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

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos	140
B. Cómo enviar una solicitud de pago	142
C. Decisiones de cobertura	143
D. Apelaciones	143



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

A. Su derecho a que le proporcionemos información de una manera que satisfaga sus necesidades	145
B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	146
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)	147
C1. Cómo protegemos su PHI	147
C2. Tiene derecho a ver sus registros médicos	147
D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca del plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos.	148
E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente.	149
F. Su derecho a abandonar el plan	149
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.	150
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica	150
G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica usted mismo.	150
G3. Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones	152
H. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado	152
H1. Qué hacer si siente que está siendo tratado injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos	152
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	153
J. Sus opiniones y recomendaciones	155
K. Nuevas tecnologías.	155



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/michigan)**.

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

A. Qué debe hacer si tiene un problema.	159
A1. Acerca de los términos legales	159
B. Dónde puede llamar para obtener ayuda	159
B1. Dónde puede obtener más información y ayuda	159
C. Qué proceso usar para obtener ayuda con su problema.	161
C1. Cómo usar el proceso para presentar decisiones de cobertura y apelaciones o para hacer un reclamo	161
D. Decisiones de cobertura y apelaciones	161
D1. Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones.	161
D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones	162
D3. Qué sección de este capítulo le ayudará	163
E. Problemas relacionados con los servicios, los productos y los medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)	165
E1. Cuándo utilizar esta sección.	165
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	166
E3. Apelaciones internas para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)	168
E4. Apelaciones externas para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)	174
E5. Problemas con pagos	180
F. Medicamentos de la Parte D	182
F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea un reembolso por un medicamento de la Parte D.	182
F2. Qué es una excepción	183
F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones	184
F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción	185
F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D	188
F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D	190



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada	192
G1. Conozca sus derechos de Medicare	192
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital	193
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital	196
G4. Qué sucede si se vence el plazo de la apelación	197
H. Qué debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, la atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto	199
H1. Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura	199
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención	200
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención	202
H4. Qué sucede si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1	203
I. Opciones de apelaciones después del Nivel 2 o apelaciones externas	205
I1. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicare	205
I2. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicaid de Michigan	205
J. Cómo presentar un reclamo	206
J1. Sobre qué tipos de problemas deben ser los reclamos	206
J2. Reclamos internos	208
J3. Reclamos externos	209

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en Aetna Better Health Premier Plan

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan de Medicare y Medicaid	213
B. Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan	213
C. Cómo inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente	214
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid de Michigan de manera separada	214
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare	215
D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid de Michigan	217
E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que se cancele su membresía	217
F. Otras situaciones en las que se cancela su membresía	217
G. Normas en contra de pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud	218



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/michigan)**.

H. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan 219
I. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan 219

Capítulo 11: Avisos legales

A. Aviso sobre leyes 221
B. Aviso sobre no discriminación 221
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario 221

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción 222



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/betterhealth/michigan)**.

Descargos de responsabilidad

- ❖ Aetna Better Health Premier Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Michigan para brindarles los beneficios de ambos programas a sus inscritos.
- ❖ La cobertura de Aetna Better Health Premier Plan es una cobertura médica calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Además, cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del 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 sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Aetna Better Health Premier Plan, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Medicaid de Michigan, y su membresía. También le indica qué esperar y qué otra información recibirá de Aetna Better Health Premier Plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Bienvenido a Aetna Better Health Premier Plan.....	13
B. Información sobre Medicare y Medicaid de Michigan.....	13
B1. Medicare.....	13
B2. Medicaid de Michigan.....	13
C. Ventajas de este plan.....	14
D. Área de servicio de Aetna Better Health Premier Plan.....	15
E. Requisitos necesarios para ser miembro del plan.....	15
F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud.....	16
G. Su plan de atención.....	17
H. Prima mensual del plan de Aetna Better Health Premier Plan.....	17
I. El <i>Manual para miembros</i>	17
J. Otra información que le enviaremos.....	18
J1. Su identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan.....	18
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	19
J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	20
J4. <i>La Explicación de beneficios</i>	20
K. Cómo mantener actualizado su registro de miembro.....	21
K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI).....	21



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

A. Bienvenido a Aetna Better Health Premier Plan

Aetna Better Health Premier Plan es un plan de Medicare y Medicaid. Un plan de Medicare y Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y otros proveedores. También posee coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

Aetna Better Health Premier Plan fue aprobado por el estado de Michigan y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para brindarle servicios como parte del programa MI Health Link.

MI Health Link es un programa administrado de manera conjunta por el estado de Michigan y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica para las personas que tienen Medicare y Medicaid de Michigan. Con este programa, el gobierno estatal y federal desean probar nuevas maneras de mejorar cómo usted recibe los servicios de atención médica de Medicare y Medicaid de Michigan.

B. Información sobre Medicare y Medicaid de Michigan

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a las siguientes personas:

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

B2. Medicaid de Michigan

Medicaid de Michigan es un programa a cargo del gobierno federal y del estado de Michigan que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos. Además, cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare. Cada estado tiene su propio programa de Medicaid.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

Esto quiere decir que cada estado decide lo siguiente:

- Qué se considera como ingresos y recursos;
- Quién reúne los requisitos;
- Qué servicios se cubren, **y**
- El costo de los servicios.

Los estados pueden decidir sobre cómo administrar sus propios programas de Medicaid, siempre que sigan las normas federales.

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

- sea elegible para participar;
- Decidamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el estado de Michigan aprueben el plan.

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

C. Ventajas de este plan

Ahora, recibirá todos los servicios de Medicare y Medicaid de Michigan por parte de Aetna Better Health Premier Plan, incluidos los medicamentos con receta. **No debe pagar un monto adicional para inscribirse en este plan de salud.**

Aetna Better Health Premier Plan ayudará a que los beneficios de Medicare y Medicaid de Michigan funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen las siguientes:

- Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- No pagará deducibles ni copagos cuando reciba los servicios de un proveedor o de una farmacia de la red de proveedores de su plan de salud. (Deberá continuar pagando las primas mensuales del programa Libertad para trabajar que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para trabajar, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan (MDHHS). Puede encontrar la información de contacto de su oficina local del MDHHS en el sitio web www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.html.)



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Tendrá su propio coordinador de atención que le preguntará acerca de sus necesidades y opciones de atención médica, y que trabajará con usted para crear un plan de atención personal en función de sus objetivos. A esto lo llamamos planificación centrada en la persona.
- Su coordinador de atención le ayudará a obtener lo que necesita cuando lo necesita. Esta persona responderá sus preguntas y se asegurará de que sus problemas de atención médica obtengan la atención que necesitan.
- Si reúne los requisitos, tendrá acceso a servicios y apoyos basados en el hogar y la comunidad que lo ayudarán a vivir de manera independiente.
- Los miembros de Aetna Better Health Premier Plan obtienen beneficios adicionales. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4.

D. Área de servicio de Aetna Better Health Premier Plan

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Michigan:

- Región sudoeste: condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren
- Región sudeste: condados de Wayne y Macomb

Solo aquellas personas que viven en nuestra área de servicio pueden recibir los servicios de Aetna Better Health Premier Plan.

Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro del plan. Para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio, consulte el Capítulo 8.

E. Requisitos necesarios para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- viva en el área de servicio, **y**
- tenga cobertura de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare, **y**
- sea elegible para los beneficios completos de Medicaid de Michigan, **y**
- sea un ciudadano de los Estados Unidos o esté legalmente en los Estados Unidos, **y**



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- no esté inscrito en un hospicio, **y**
 - Para obtener más información sobre el beneficio de hospicio, consulte el Capítulo 4 del *Manual para miembros*.
- no esté inscrito en el programa de exención MI Choice ni en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE). Si está inscrito en cualquiera de estos programas, debe cancelar su inscripción antes de inscribirse en el programa MI Health Link a través de Aetna Better Health Premier Plan.

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

Recibirá una Evaluación de Nivel I en los primeros 60 días desde su inscripción en nuestro plan. Uno de nuestros coordinadores de atención se comunicará con usted en los primeros 60 días desde su inscripción en Aetna Better Health Premier Plan. El coordinador de atención le hará algunas preguntas para identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo. El coordinador de atención también trabajará con usted, sus proveedores, su familia y cualquier otra persona que usted elija para desarrollar un plan de atención que lo ayude a obtener todos los servicios y la atención que necesita. **Si Aetna Better Health Premier Plan es algo nuevo para usted**, puede seguir recibiendo los servicios y consultando a los médicos y otros proveedores a los que consulta ahora durante, al menos, 90 días desde la fecha de inicio de la inscripción.

Si recibe servicios mediante la Exención de Apoyos de Habilitación o el Programa de Servicios y Apoyos Especiales a través del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP), podrá recibir servicios y consultar a los médicos y proveedores a los que consulta ahora durante, al menos, 180 días desde la fecha de inicio de la inscripción. Su coordinador de atención trabajará con usted para elegir nuevos proveedores y coordinar los servicios durante este período si su proveedor actual no forma parte de la red de proveedores de Aetna Better Health Premier Plan. Llame a Aetna Better Health Premier Plan para obtener información acerca de los servicios de hogares de convalecencia.

Luego de sus primeros 90 días en Aetna Better Health Premier Plan (180 días si recibe los servicios mediante la Exención de Apoyos de Habilitación o el Programa de Servicios y Apoyos Especiales a través del PIHP), deberá consultar a médicos y otros proveedores de la red de Aetna Better Health Premier Plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Para obtener más información sobre cómo obtener atención, consulte el Capítulo 3.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

G. Su plan de atención

Su plan de atención es el plan que determina qué apoyos y servicios recibirá y cómo los recibirá.

Luego de la Evaluación de Nivel I, su equipo de atención se reunirá con usted para hablar sobre qué servicios de salud necesita y desea. En conjunto, usted y su equipo de atención desarrollarán un plan de atención.

Cada año, su equipo de atención trabajará con usted para actualizar su plan de atención si los servicios de salud que necesita y desea cambian.

H. Prima mensual del plan de Aetna Better Health Premier Plan

Aetna Better Health Premier Plan no tiene una prima mensual del plan.

I. El *Manual para miembros*

Este *Manual para miembros* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las normas de este documento. Si piensa que hemos hecho algo que va en contra de estas normas, puede apelar o cuestionar nuestra acción. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual para miembros* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede consultar el *Manual para miembros* en **AetnaBetterHealth.com/Michigan** o descargarlo de este sitio web.

El contrato está en vigencia durante los meses en los que esté inscrito en Aetna Better Health Premier Plan entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.



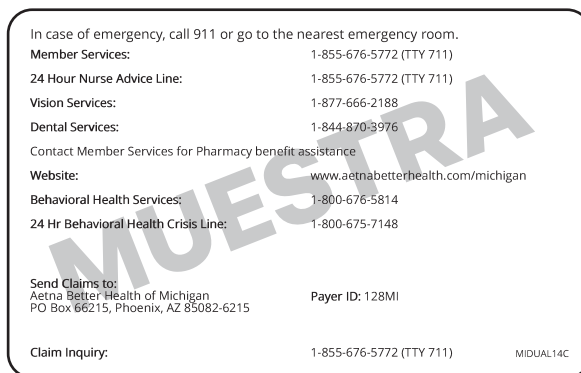
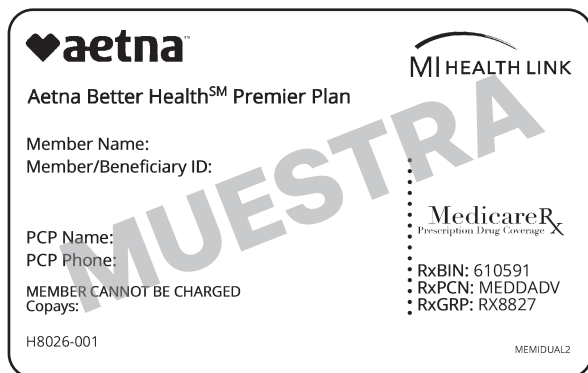
Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

J. Otra información que le enviaremos

Ya debería haber recibido una identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan y la información sobre cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias*, e información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos cubiertos*.

J1. Su identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan

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



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

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni la tarjeta Medicaid de Michigan para obtener servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si presenta la tarjeta de Medicare en lugar de la identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan, es posible que el proveedor le facture a Medicare y no a nuestro plan, y que usted reciba una factura. Para saber qué debe hacer si recibe una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 7.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* detalla los proveedores y las farmacias de la red de Aetna Better Health Premier Plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Hay algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la página 16).

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en **AetnaBetterHealth.com/Michigan** o descargarlo de este sitio web.

El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene información sobre cómo obtener atención y enumera los profesionales de la salud (como médicos y profesionales en enfermería), los centros (como hospitales o clínicas) y los proveedores de apoyo (como los proveedores de atención médica a domicilio) a los que usted puede acudir como miembro de Aetna Better Health Premier Plan. También enumera las farmacias que puede utilizar para obtener sus medicamentos con receta.

Definición de proveedores de la red

- Entre los proveedores de la red de Aetna Better Health Premier Plan se incluyen los siguientes:
 - Médicos, profesionales en enfermería, psicólogos, otólogos, dentistas, oculistas, personal de enfermería, farmacéuticos, terapeutas y otros profesionales de la salud a los que puede acudir como miembro de nuestro plan.
 - Clínicas, hospitales, centros de atención de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud para nuestro plan, **y**
 - Agencias de atención médica en el hogar, proveedores de equipos médicos duraderos y otros que proporcionan productos y servicios que obtiene a través de Medicare o Medicaid de Michigan.

Los proveedores de la red han aceptado los pagos de nuestro plan para los servicios cubiertos como pago en su totalidad.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado proporcionar los medicamentos con receta para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos.
- Excepto en caso de una emergencia, usted debe obtener su medicamento con receta en una de nuestras farmacias de la red si quiere que el plan lo pague.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, para obtener más información. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como el sitio web de Aetna Better Health Premier Plan pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores y las farmacias de la red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

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

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

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la Lista de medicamentos, pero se pueden producir algunos cambios en el transcurso del año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan** o llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

J4. La Explicación de beneficios

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

En la EOB se le explica el monto total que usted o las personas en su nombre han gastado en los medicamentos con receta de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada medicamento con receta de la Parte D durante el mes. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. En el Capítulo 6, encontrará más información sobre la EOB y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

La EOB también se encuentra disponible a pedido. Para obtener una copia, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

K. Cómo mantener actualizado su registro de miembro

Para mantener actualizado su registro de miembro, díganos cuando sus datos cambien.

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

Ellos utilizan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le costarán. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en otra cobertura de seguro de salud, como la que brinda su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja, o la cobertura de compensación laboral.
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si ingresa en un hogar de convalecencia o un hospital.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red.
- Cambios de cuidador (o cualquier otra persona responsable por usted).
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Si cualquier información cambia, infórmenos sobre esto llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)

La información en su registro de miembro puede incluir información personal de salud (PHI). Las leyes nos obligan a mantener la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de que su PHI esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para recursos importantes que le pueden ayudar a responder sus preguntas sobre Aetna Better Health Premier Plan y sus beneficios de atención médica. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con su coordinador de atención y otros que pueden defenderlo en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Cómo ponerse en contacto con su coordinador de atención	23
A1. Cuándo ponerse en contacto con su coordinador de atención	23
B. Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health Premier Plan	24
B1. Cuándo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros	25
C. Cómo ponerse en contacto con la Línea de enfermería las 24 horas	27
C1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de enfermería las 24 horas	27
D. Cómo ponerse en contacto con la Línea de información general del PIHP y la Línea de crisis de salud conductual	27
D1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de información general del PIHP	29
D2. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual	30
E. Cómo ponerse en contacto con el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)	31
E1. Cuándo ponerse en contacto con el MMAP	31
F. Cómo ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad (QIO)	32
F1. Cuándo ponerse en contacto con Livanta	32
G. Cómo ponerse en contacto con Medicare	33
H. Cómo ponerse en contacto con Medicaid de Michigan	34
I. Cómo ponerse en contacto con el programa del defensor del pueblo de MI Health Link	35
J. Cómo ponerse en contacto con el programa del defensor del pueblo de atención a largo plazo de Michigan	35
K. Otros recursos	36



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/michigan)**.

A. Cómo ponerse en contacto con su coordinador de atención

Un coordinador de atención es un profesional de la salud que le ayudará a obtener la atención y los servicios que afectan su salud y bienestar. Se le asigna un coordinador de atención cuando se inscribe en Aetna Better Health Premier Plan. Su coordinador de atención lo conocerá y trabajará con usted, sus médicos y otros cuidadores para asegurarse de que todo funcione a la perfección para usted. Puede compartir su historia clínica con su coordinador de atención y definir objetivos para una vida saludable. Cuando tenga preguntas o un problema sobre su salud, o los servicios o atención que le proporcionamos, puede llamar a su coordinador de atención. **Su coordinador de atención es la persona a la que acudir** para Aetna Better Health Premier Plan.

En Aetna Better Health Premier Plan, nuestro objetivo es satisfacer las necesidades de una forma adecuada para usted. Es por esto que lo llamamos nuestro programa “centrado en la persona”. El proceso de planificación centrado en la persona se da cuando usted trabaja con su coordinador de atención para crear un plan de atención que esté relacionado con **sus** objetivos, elecciones y capacidades. Cuando cree su plan de atención, puede involucrar a personas que considere fundamentales para su éxito, como familiares, amigos o representantes legales.

LLAME AL	1-855-676-5772. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana
ESCRIBA A	Aetna Better Health Premier Plan Attn: Care Management Dept. 7400 W. Campus, MC F499 New Albany, OH 43054
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Michigan

A1. Cuándo ponerse en contacto con su coordinador de atención

- Preguntas sobre su atención médica
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual, transporte, y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)
- Preguntas sobre otros servicios y apoyos que necesite



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Cuando se inscriba en Aetna Better Health Premier Plan, uno coordinador de atención se reunirá con usted para hacerle una evaluación. La evaluación nos ayudará a obtener más información sobre sus necesidades de salud. También nos ayudará a determinar si es elegible para los LTSS. Si es elegible, volveremos a evaluarlo una vez por año para determinar si sus necesidades o su elegibilidad han cambiado. Para ser elegible para los LTSS, debe encontrarse en un nivel de atención institucional. Puede ser elegible para recibir algunos LTSS a través de una exención.

A veces, puede recibir ayuda con su atención médica y sus necesidades de vida diarias. Es posible que usted reciba estos servicios:

- Atención de enfermería especializada
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Servicios de atención personal
- Atención médica a domicilio

Para obtener información adicional sobre los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad, consulte el Capítulo 4.

B. Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health Premier Plan

LLAME AL	1-855-676-5772. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana
FAX	1-855-259-2087
ESCRIBA A	Aetna Better Health Premier Plan Attn Member Services 7400 West Campus Rd New Albany, OH 43054
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Michigan



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

B1. Cuándo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de identificación de miembro
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y servicios cubiertos; •
 - el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene alguna pregunta sobre una decisión de cobertura de la atención médica.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la modifiquemos si considera que cometimos un error.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.
- Reclamos sobre su atención médica
 - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (ya sea un proveedor de la red o que no pertenezca a la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para la mejora de la calidad (consulte la Sección F a continuación).
 - Si su reclamo es sobre una decisión de cobertura relacionada con su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar un reclamo sobre Aetna Better Health Premier Plan directamente a Medicare. Puede completar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Decisiones de cobertura sobre los medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos, **o**
 - el monto que pagaremos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D, los medicamentos con receta de Medicaid de Michigan y los medicamentos de venta libre de Medicaid de Michigan.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.
- Reclamos sobre sus medicamentos
 - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye un reclamo sobre sus medicamentos con receta.
 - Si su reclamo es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar un reclamo sobre Aetna Better Health Premier Plan directamente a Medicare. Puede completar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo relacionado con los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.
- Pago de la atención médica o los medicamentos que usted ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió, consulte el Capítulo 7.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

C. Cómo ponerse en contacto con la Línea de enfermería las 24 horas

Aetna Better Health Premier Plan tiene una línea de enfermería disponible para ayudar a responder sus preguntas médicas. La Línea de enfermería no toma el lugar de su proveedor de atención primaria pero se encuentra disponible como otro recurso para usted. Este servicio está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Es atendido por profesionales médicos.

LLAME AL	1-855-676-5772. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana

C1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de enfermería las 24 horas

- Preguntas sobre su atención médica

D. Cómo ponerse en contacto con la Línea de información general del PIHP y la Línea de crisis de salud conductual

Los servicios de salud conductual estarán disponibles para los miembros de Aetna Better Health Premier Plan a través de la red de proveedores del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) local. Los miembros que obtengan servicios a través del PIHP continuarán recibéndolos de acuerdo con su plan de salud. Aetna Better Health Premier Plan brindará los servicios de atención personal proporcionados previamente por el programa de ayuda domiciliaria del Departamento de Salud y Servicios Sociales (DHHS). Otros servicios médicamente necesarios de salud conductual, pordiscapacidad intelectual o del desarrollo y para trastornos por abuso de sustancias, incluso psicoterapia o asesoramiento (individual, familiar y grupal) cuando estén indicados, están disponibles y son coordinados a través del plan de salud y del PIHP.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Línea de información general del PIHP:

Línea de información general del PIHP de la región 4

Se prestan servicios en los siguientes lugares: condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren

LLAME AL	1-800-676-5814. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m.

Línea de información general del PIHP de la región 7

Se prestan servicios en el siguiente lugar: condado de Wayne

LLAME AL	1-800-241-4949. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Línea de información general del PIHP de la región 9

Se prestan servicios en el siguiente lugar: condado de Macomb

LLAME AL	1-800-241-4949. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 04:00 p. m. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 04:00 p. m.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

D1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de información general del PIHP

- Preguntas sobre servicios de salud conductual
- Dónde y cómo obtener una evaluación
- Dónde acudir para obtener servicios
- Una lista de otros recursos comunitarios

Línea de crisis de salud conductual:

Región 4

Condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren

LLAME AL	1-800-675-7148. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Línea de crisis de salud conductual de la región 7

Se prestan servicios en el siguiente lugar: condado de Wayne

LLAME AL	1-844-623-4357. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Línea de crisis de salud conductual del PIHP de la región 9

Se prestan servicios en el siguiente lugar: condado de Macomb

LLAME AL	1-855-927-4747. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

D2. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual

- Pensamientos suicidas
- Información sobre salud/enfermedad mental
- Adicciones/abuso de sustancias
- Ayuda para un amigo o ser querido
- Problemas con las relaciones
- Abuso/violencia
 - Si es objeto de abuso, negligencia o maltrato, o tiene sospechas de estos, puede **llamar a los Servicios de protección para adultos (APS) al 1-855-444-3911, en cualquier momento del día o de la noche**, para hacer una denuncia. APS investigará dentro de las 24 horas siguientes a su denuncia.
- Problemas económicos que causan ansiedad o depresión
- Soledad
- Problemas familiares
- Si experimenta una emergencia de vida o muerte, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

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

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) proporciona asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare. En Michigan, al SHIP se lo denomina Programa de asistencia de Medicare/Medicaid (MMAP) de Michigan.

El MMAP no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud.

LLAME AL	1-800-803-7174. Esta llamada es gratuita. Horario de atención: De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m.
TRS	711 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Para llamar a este número necesita un equipo telefónico especial.
ESCRIBA A	6105 St Joe Hwy #204 Lansing Charter Township, MI 48917
CORREO ELECTRÓNICO	info@mmapinc.org
SITIO WEB	mmapinc.org/

E1. Cuándo ponerse en contacto con el MMAP

- Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare y Medicaid de Michigan
 - Los asesores del MMAP pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarlo a lo siguiente:
 - comprender sus derechos;
 - comprender su cobertura para medicamentos, como medicamentos con receta y de venta libre;
 - comprender sus opciones del plan;
 - presentar reclamos sobre su atención médica o tratamiento; **y**
 - solucionar problemas con las facturas.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

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

LLAME AL	1-888-524-9900. Esta llamada es gratuita.
TTY	1-888-985-8775 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Para llamar a este número necesita un equipo telefónico especial.
ESCRIBA A	Livanta 10820 Guilford Rd., Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

F1. Cuándo ponerse en contacto con Livanta

- Preguntas sobre su atención médica
 - Puede presentar un reclamo sobre la atención que recibió si sucede lo siguiente:
 - Tiene un problema con la calidad de la atención.
 - Cree que su hospitalización finaliza demasiado pronto. **O bien,**
 - Considera que los servicios de atención médica a domicilio en centros de atención de enfermería especializada o en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

G. Cómo ponerse en contacto con Medicare

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

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

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Para llamar a este número necesita un equipo telefónico especial.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospicios. Incluye sitios web y números de teléfono útiles. Contiene folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. 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 al número que aparece más arriba para solicitar lo que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

H. Cómo ponerse en contacto con Medicaid de Michigan

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

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

LLAME AL	Línea de ayuda de beneficiarios 1-800-642-3195. Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 07:00 p. m.
TTY	1-866-501-5656 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Para llamar a este número necesita un equipo telefónico especial.
ESCRIBA A	PO Box 30479 Lansing, MI 48909-7979

El Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan determina la elegibilidad para Medicaid de Michigan. Si tiene preguntas sobre la renovación anual o la elegibilidad para Medicaid de Michigan, póngase en contacto con su especialista del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Si tiene preguntas generales sobre los programas de asistencia del Departamento de Salud y Servicios Sociales, llame al 1-855-275-6424, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/betterhealth/michigan)**.

I. Cómo ponerse en contacto con el programa del defensor del pueblo de MI Health Link

El programa del defensor del pueblo de MI Health Link ayuda a las personas inscritas en MI Health Link. Trabajan como defensores en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y ayudarlo a comprender qué debe hacer. El defensor del pueblo de MI Health Link también ayuda a las personas inscritas en Medicaid de Michigan a resolver problemas de servicios o facturación. No están relacionados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-888-746-6456
TTY	711 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Para llamar a este número necesita un equipo telefónico especial.
CORREO ELECTRÓNICO	help@mhlo.org
SITIO WEB	www.mhlo.org

J. Cómo ponerse en contacto con el Programa del defensor del pueblo de atención a largo plazo de Michigan

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

LLAME AL	1-866-485-9393
ESCRIBA A	State Long Term Care Ombudsman 15851 South US 27, Suite 73 Lansing, MI 48906
CORREO ELECTRÓNICO	mltcop.org/contact
SITIO WEB	mltcop.org/



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

K. Otros recursos

AGENCIA DE ÁREA LOCAL	LLAME AL	SITIO WEB Y ÁREA DE SERVICIO
Agencia de Área sobre el Envejecimiento 1A de Detroit	1-313-446-4444	www.detroit seniorsolution.org Condados en los que se presta servicio: Wayne (área de Detroit)
Agencia de Área sobre el Envejecimiento 1B	1-800-852-7795	www.aaa1b.org Condados en los que se presta servicio: Livingston, Macomb, Monroe, Oakland, St. Clair y Washtenaw
The Senior Alliance: Agencia de Área sobre el Envejecimiento 1C	1-800-815-1112	www.thesenioralliance.org Condados en los que se presta servicio: zonas sur y oeste de Wayne
Agencia de Área sobre el Envejecimiento 3A	1-269-373-5147	www.kalcounty.com/aaa Condado en el que se presta servicio: Kalamazoo
Carewell Services: Agencia de Área sobre el Envejecimiento 3B	1-269-966-2450	www.carewellservices.org Condados en los que se presta servicio: Barry y Calhoun
Agencia de Área sobre el Envejecimiento 3C	1-888-615-8009	www.bhsj.org/aaa Condados en los que se presta servicio: Branch y St. Joseph
Agencia de Área sobre el Envejecimiento de la región IV	1-800-654-2810	www.areaagencyonaging.org Condados en los que se presta servicio: Berrien, Cass y Van Buren



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

Introducción

Este capítulo contiene condiciones y normas específicas que debe saber para obtener la atención médica y otros servicios cubiertos con Aetna Better Health Premier Plan. También le informa acerca de su coordinador de atención, cómo obtener atención de otros tipos diferentes de proveedores y en circunstancias especiales (incluidos los proveedores y farmacias fuera de la red), qué hacer cuando le facturan directamente los servicios cubiertos por nuestro plan y las normas para ser el propietario de equipos médicos duraderos (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Información acerca de los “servicios”, los “servicios cubiertos”, los “proveedores” y los “proveedores de la red”	39
B. Normas para obtener atención médica, servicios de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan	39
C. Información acerca de su coordinador de atención	41
C1. Qué es un coordinador de atención	41
C2. Cómo puede ponerse en contacto con su coordinador de atención	41
C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención	41
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y de proveedores fuera de la red	42
D1. Atención de un proveedor de atención primaria	42
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	44
D3. Qué hacer cuando un proveedor deja de participar en nuestro plan	44
D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	45
E. Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	46
F. Cómo obtener servicios de salud conductual	46



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

G. Cómo participar en acuerdos de autodeterminación.	46
G1. Cuáles son los acuerdos que respaldan la autodeterminación.	46
G2. Quiénes pueden obtener acuerdos que respaldan la autodeterminación	47
G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores	47
H. Cómo obtener servicios de transporte.	47
I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre	47
I1. Atención ante una emergencia médica	47
I2. Atención de urgencia	50
I3. Atención durante un desastre.	51
J. Qué hacer si le facturan directamente los servicios cubiertos por nuestro plan.	51
J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan	51
K. Cobertura de los servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	52
K1. Definición de un estudio de investigación clínica	52
K2. Pago por los servicios cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica.	53
K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica	53
L. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando se encuentra en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	53
L1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	53
L2. Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	54
M. Equipos médicos duraderos (DME).	54
M1. DME como miembro de nuestro plan	54
M2. Propiedad de DME cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	55
M3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan.	56
M4. Equipos de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage.	56



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

A. Información acerca de los “servicios”, los “servicios cubiertos”, los “proveedores” y los “proveedores de la red”

Los servicios incluyen atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, servicios de salud conductual, medicamentos con receta y medicamentos de venta libre, equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos son cualquiera de estos servicios por los que paga el plan. Los servicios de atención médica y servicios y apoyos a largo plazo cubiertos se detallan en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

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

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

B. Normas para obtener atención médica, servicios de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan

Aetna Better Health Premier Plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid de Michigan. Esto incluye los servicios de salud conductual, los servicios y apoyos a largo plazo y los medicamentos con receta.

Por lo general, Aetna Better Health Premier Plan pagará la atención médica y otros servicios y apoyos que reciba si sigue las normas del plan. Las únicas excepciones son si tiene un monto pagado por el paciente (PPA) para los servicios del centro de atención de enfermería según lo determine el Departamento de Salud y Servicios Sociales local o las primas del programa Libertad para trabajar que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para trabajar, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan (MDHHS). Puede encontrar la información de contacto de su oficina local del MDHHS en el sitio web www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.html.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Para tener cobertura de nuestro plan, se deben cumplir los siguientes requisitos:

- La atención que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluida en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. "Médicamente necesario" significa que usted necesita estos servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o un hogar de convalecencia. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las recomendaciones aceptadas de la práctica médica.
- Debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que haya solicitado la atención o le haya indicado que consulte a otro médico. Como miembro del plan, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe darle una aprobación antes de poder consultar a alguien que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina **remisión**. Si no obtiene la aprobación, es posible que Aetna Better Health Premier Plan no cubra los servicios. No necesita una remisión para consultar a ciertos especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Para obtener más información sobre las remisiones, consulte la página 44.
 - No necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o atención de urgencia, o para consultar a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener la remisión de su PCP. Para obtener más información sobre esto, consulte la página 44.
 - Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la página 42.
- **Debe recibir atención por parte de proveedores de la red**. Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaje con el plan de salud. A continuación, mencionamos algunos casos en los que esta norma no se aplica:
 - El plan cubre la atención de emergencia o la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información o enterarse de qué significa atención de emergencia o atención de urgencia, consulte la Sección I, en la página 47.
 - Si necesita atención que nuestro plan cubre, y los proveedores de nuestra red no se la pueden brindar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. El proveedor fuera de la red primero debe obtener la autorización previa de Aetna Better Health Premier Plan. En este caso, cubriremos la atención como si la recibiera de un proveedor de la red. Para saber cómo obtener la aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, en la página 42.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan por un período corto. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede seguir recibiendo los servicios y consultando a los médicos y otros proveedores a los que consulta ahora durante, al menos, 90 días desde la fecha de inicio de la inscripción. Si recibe servicios mediante la Exención de Apoyos de Habilitación o el Programa de Servicios y Apoyos Especiales a través del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP), podrá recibir servicios y consultar a los médicos y proveedores a los que consulta ahora durante, al menos, 180 días desde la fecha de inicio de la inscripción. Su coordinador de atención trabajará con usted para elegir nuevos proveedores y coordinar servicios durante este período. Llame a Aetna Better Health Premier Plan para obtener información acerca de los servicios de hogares de convalecencia.

C. Información acerca de su coordinador de atención

C1. Qué es un coordinador de atención

Un coordinador de atención es una persona que trabajará con usted para ayudarle a obtener los servicios y apoyos cubiertos de Medicare y Medicaid de Michigan que necesita y desea.

C2. Cómo puede ponerse en contacto con su coordinador de atención

Cuando se reúna por primera vez con su coordinador de atención, él le dará su número de teléfono. También puede ponerse en contacto con su coordinador de atención llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención

Llame al Departamento de Servicios para Miembros e infórmenos que desea cambiar su coordinador de atención. Lo pondremos en contacto con el departamento de Administración de la atención para que analice sus opciones.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.AetnaBetterHealth.com/Michigan)**.

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y de proveedores fuera de la red

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y administre su atención.

Definición de un “PCP” y qué hace el PCP por usted

¿Qué es un PCP?

- Su proveedor de atención primaria (PCP) trabaja con usted y su coordinador de atención para dirigir y coordinar su atención médica. Un PCP puede ser un médico, un profesional en enfermería o, en algunos casos, un especialista. Su PCP realiza sus controles de atención preventiva y lo trata para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina.
- De ser necesario, su PCP lo enviará a otros médicos (especialistas) o lo internará en el hospital. Si bien no necesita aprobación (denominada remisión) de su PCP para acudir a otros proveedores, es importante que se comunique con su PCP antes de acudir a un especialista o antes de acudir a otro médico por una afección que no sea de emergencia. También debe comunicarse con su PCP para realizar un seguimiento después de una visita al departamento de emergencias o urgencias o después de una hospitalización, así como después de cualquier consulta a un especialista.
- Debe compartir con su PCP cualquier cambio en su atención o recomendaciones que el especialista le haya indicado. Esto le permite a su PCP administrar su atención para obtener los mejores resultados.

¿Qué tipo de proveedores pueden actuar como PCP?

- Medicina general
- Medicina familiar
- Medicina interna
- Obstetras/ginecólogos
- Geriatría



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Hay ocasiones en que otros médicos que no pertenezcan a las especialidades antes indicadas pueden actuar como PCP. Si tiene una afección médica crónica, como diabetes, quizás necesite que un especialista le brinde atención como su PCP. El Departamento de Servicios para Miembros o su coordinador de atención pueden ayudarle con esta decisión. Si desea que un especialista sea su PCP, dicho especialista debe aceptar esto y primero debe ponerse en contacto con nosotros para coordinar los arreglos.

Su PCP y sus otros proveedores son responsables de seguir los requisitos de autorización previa de Aetna Better Health Premier Plan y de obtener un número de autorización.

¿Cuándo una clínica puede ser su proveedor de atención primaria (RHC/FQHC)?

Si una clínica donde recibe la mayoría de sus servicios de atención primaria es un Centro de salud con calificación federal (FQHC) o un Centro de salud rural (RHC), entonces la clínica puede ser asignada como su proveedor de atención primaria.

Su elección del PCP

Cuando elija a su PCP, tenga en cuenta lo siguiente:

- ¿Tiene un PCP al que le gustaría seguir acudiendo?
- ¿El consultorio de su PCP está cerca de su hogar?
- ¿Su PCP ejerce en un hospital cerca de su hogar?
- ¿El horario de atención de su PCP cumple con sus necesidades?
- ¿Acude a un centro de salud rural (RHC) o a un centro de salud con calificación federal (FQHC) para recibir atención?

Formas de encontrar un PCP en nuestra red:

- Visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan** y seleccione “Find a Provider / Pharmacy” (Encontrar un proveedor o una farmacia).
- Llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros.
- Busque en su *Directorio de proveedores y farmacias* impreso, si solicitó uno.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Opción de cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de nuestro plan. Podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP si el que tiene ahora abandona nuestra red.

Para encontrar un nuevo PCP, utilice nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Para cambiar de PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. El cambio entrará en vigencia de inmediato después de recibir la solicitud.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

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

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

Puede acudir a cualquiera de los especialistas de nuestra red. Su PCP o coordinador de atención pueden recomendarle un especialista. El Departamento de Servicios para Miembros también puede ayudarlo a encontrar un proveedor cerca. No necesita una remisión para acudir a un especialista de la red; sin embargo, es posible que el especialista se ponga en contacto con nosotros para obtener la aprobación para verlo antes de su cita. Esto se denomina autorización previa. Los médicos y directores médicos de Aetna Better Health Premier Plan revisan los servicios para asegurarse de que sean lo que usted necesita.

Sus proveedores deben obtener la autorización previa del plan antes de que usted pueda recibir determinados servicios. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 para obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Los beneficios que requieren autorización previa incluyen notas al pie en la Tabla de beneficios.

D3. Qué hacer cuando un proveedor deja de participar en el plan

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

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, debemos proporcionarles acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Haremos todo nuestro esfuerzo de buena fe por enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Lo ayudaremos a elegir un proveedor calificado nuevo para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está en tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

Si se entera de que su proveedor dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención. Hable con su coordinador de atención o póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir ayuda.

D4. Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Por lo general, debe acudir a proveedores que estén en nuestra red. Hay momentos en los que podrá acudir a un proveedor fuera de la red, como en los siguientes casos:

- Necesita servicios de emergencia.
- Necesita atención de urgencia.
- Se encuentra fuera del área de servicio y necesita diálisis.
- Aetna Better Health Premier Plan aprobó que acuda a un proveedor fuera de la red durante los primeros 90 días desde la fecha de inicio de la inscripción en Aetna Better Health Premier Plan (o 180 días si recibe servicios mediante la Exención de Apoyos de Habilidadación o el Programa de Servicios y Apoyos Especiales mediante el PIHP). El proveedor fuera de la red debe ponerse en contacto con nosotros para obtener aprobación para atenderlo antes de su cita.
- Un proveedor con determinada especialidad no está disponible en la red. El proveedor debe obtener autorización previa antes de su cita. Los proveedores fuera de la red son responsables de obtener una autorización previa. Se puede solicitar una autorización previa llamando al **1-855-676-5772** o enviando la solicitud por fax al 1-844-241-2495. El formulario de autorización previa está disponible en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, el proveedor deberá ser elegible para participar en Medicare o Medicaid de Michigan.

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Medicaid de Michigan.
- Si utiliza un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

Como miembro de Aetna Better Health Premier Plan, puede reunir los requisitos para recibir servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) en un centro de atención de enfermería o en su hogar. Los LTSS proporcionan asistencia para que pueda permanecer en su hogar en lugar de ir a un hogar de convalecencia o un hospital, o pueden ayudarle a realizar la transición de un centro de atención de enfermería a la comunidad. Los LTSS pueden brindar ayuda para bañarse, vestirse y con otras actividades básicas de la vida diaria. Los LTSS también pueden incluir modificaciones en el hogar, equipos y suministros de adaptación, y tareas domésticas.

Para reunir los requisitos para estos servicios, debe cumplir con el nivel de atención del centro de atención de enfermería. Su coordinador de atención se reunirá con usted y evaluará sus necesidades. Cuando reúna los requisitos para estos servicios, volveremos a evaluarlo al menos una vez por año para determinar si los servicios satisfacen sus necesidades. Si tiene alguna pregunta sobre los LTSS o para saber si reúne los requisitos, llame a su coordinador de atención.

F. Cómo puede obtener servicios de salud conductual

Todos los servicios de salud conductual están disponibles para los miembros de Aetna Better Health Premier Plan a través de la red de proveedores del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) local. Estos servicios están disponibles y son coordinados a través de su coordinador de atención y el PIHP.

Si actualmente recibe servicios a través del PIHP, seguirá recibéndolos de acuerdo con su plan de atención. Si necesita servicios de salud conductual, hable con su coordinador de atención. Para ponerse en contacto directamente con el PIHP, consulte la información de contacto en el Capítulo 2.

G. Cómo participar en acuerdos de autodeterminación

G1. Cuáles son los acuerdos que respaldan la autodeterminación

La autodeterminación es una opción disponible para los inscritos que reciben servicios a través del programa de exención basado en el hogar y la comunidad, el HCBS de MI Health Link. Se trata de un proceso que le permite diseñar y ejercer control sobre su propia vida.

- Esto incluye administrar un monto fijo de dinero para cubrir sus servicios y apoyos autorizados. A menudo, eso se denomina “presupuesto individual”.
- Si decide hacer esto, también tendría control sobre la contratación y administración de proveedores.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

G2. Quiénes pueden obtener acuerdos que respaldan la autodeterminación

Los acuerdos que respaldan la autodeterminación están disponibles para los inscritos que reciben servicios a través del programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, denominado HCBS de MI Health Link.

G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores

Puede trabajar junto a su coordinador de atención para recibir ayuda para emplear proveedores.

H. Cómo obtener servicios de transporte

Si necesita traslado a sus citas, llámenos al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana y elija la opción de traslado. También puede llamar al MTM de manera directa al 1-844-549-8347 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 06:00 a. m. a 10:00 p. m. y los sábados de 08:00 a. m. a 04:00 p. m., para programar una cita. Debe llamar 3 días antes de su cita. Si necesita ayuda, llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros.

Los proveedores de transporte y los miembros pueden recibir un reembolso por las millas, los peajes, las tarifas de estacionamiento, los gastos de comida y alojamiento aprobados, y los cuidadores. El plan cubre los servicios que siguen el programa MI HealthLink y el reembolso de millas del IRS. Dicho reembolso está permitido para los cuidadores que son médicamente necesarios.

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

I1. Atención ante una emergencia médica

Definición de una emergencia médica

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

- un riesgo grave para su salud o la del feto; **o**
- un grave deterioro de las funciones corporales; **o**
- una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo; **o bien,**
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando sucede lo siguiente:
 - No hay suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.
 - El traslado a otro hospital puede poner en riesgo su salud o seguridad, o la de su feto.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Qué hacer en el caso de una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No necesita obtener primero una aprobación o una remisión de su PCP.
- **Asegúrese lo antes posible de avisarle a nuestro plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. No obstante, no tendrá que pagar por los servicios de emergencia por demorar en avisarnos. Llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su identificación de miembro.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Usted puede obtener atención de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a una sala de emergencias, nuestro plan la cubre. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le proporcionan atención de emergencia. Estos médicos nos informarán cuando finalice la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, es posible que necesite recibir atención de seguimiento para garantizar que se mejore. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe la atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, intentaremos que otros proveedores de la red se hagan cargo de su atención en cuanto sea posible.

Qué hacer en el caso de una emergencia de salud conductual

Si tiene una emergencia de salud conductual, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Una emergencia es una afección de salud conductual que pone en riesgo la vida y requiere de atención médica inmediata. Necesita obtener atención inmediatamente. Si no recibe atención de inmediato, la emergencia podría provocar la muerte o daños en usted u otras personas. Es posible que tenga una emergencia relacionada con la salud mental, las drogas o el alcohol.

Estos son algunos ejemplos de problemas que probablemente sean emergencias:

- Pensar en hacerse daño o suicidarse, o buscar formas de hacerles daño o matar a otras personas.
- Experimentar reacciones o efectos secundarios graves a los medicamentos.
- Tener deterioro o síntomas graves de abstinencia de alcohol u otras drogas.
- Sentirse desorientado, perturbado o tener ira o comportamientos agresivos hacia otros sin motivo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

En la sala de emergencias del hospital, el proveedor lo evaluará y determinará si debe ingresar al hospital para recibir tratamiento o si se encuentra lo suficientemente estable como para recibir el alta de la sala de emergencias.

Después de visitar la sala de emergencias, haga lo siguiente:

- Llame a su proveedor de salud conductual tan pronto como sea posible.
- Si no tiene un proveedor de salud conductual actualmente, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicite ayuda para encontrar un proveedor.
- Es importante que reciba la atención de seguimiento que necesita para mantener su afección estable.

Línea de crisis de salud conductual de la región 4

Condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren.

LLAME AL	1-800-675-7148. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Línea de crisis de salud conductual de la región 7

Se prestan servicios en el siguiente lugar: condado de Wayne

LLAME AL	1-844-623-4357. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Línea de crisis de salud conductual del PIHP de la región 9

Se prestan servicios en el siguiente lugar: condado de Macomb

LLAME AL	1-855-927-4747. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Cómo obtener atención de emergencia si no se trata de una emergencia

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que solicite atención de emergencia, pero el médico le diga que no era realmente 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, después de que el médico diga que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional solo si sucede lo siguiente:

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

12. Atención de urgencia

Definición de atención de urgencia

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

Atención de urgencia cuando usted se encuentra dentro del área de servicio del plan

En la mayoría de los casos, cubriremos la atención de urgencia solo si ocurre lo siguiente:

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

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

Puede llamar a su PCP de día o de noche. Si tiene una necesidad urgente, su PCP o un proveedor de guardia le indicará qué hacer. Si su PCP no se encuentra en el consultorio, deje un mensaje en el servicio de mensajes telefónicos y su PCP le devolverá la llamada.

Es posible que su PCP le indique que acuda a un centro de atención de urgencia. Puede encontrar un centro de atención de urgencia en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Michigan** haciendo clic en “Locate a Provider / Pharmacy” (Ubicar un proveedor o una farmacia) o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

También puede llamar a nuestra Línea de enfermería si tiene preguntas médicas. Este número está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Es atendido por profesionales médicos. El número de teléfono es **1-855-676-5772**. Seleccione la opción Línea de enfermería.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Atención de urgencia cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan

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

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

I3. 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 Aetna Better Health Premier Plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/betterhealth/michigan)**.

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

J. Qué hacer si le facturan directamente los servicios cubiertos por nuestro plan

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviársela al plan, usted puede solicitarnos que la paguemos.

No debe pagar la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle ese importe.

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

J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por el plan

Aetna Better Health Premier Plan cubre todos los servicios:

- Que sean médicamente necesarios, **y**
- que figuren en la Tabla de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4), **y**
- que usted obtiene al seguir las normas del plan.

Si usted recibe servicios que no estén cubiertos por nuestro plan, **debe pagar el costo total.**



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/betterhealth/michigan)**.

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

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

Pagaremos algunos servicios hasta un cierto límite. Si supera el límite, deberá pagar el costo total para obtener más servicios de ese tipo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar cuáles son los límites y cuánto le falta para alcanzarlos.

K. Cobertura de los servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de un estudio de investigación clínica

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

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

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

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que obtenga aprobación de nuestra parte o de su proveedor de atención primaria. *No* es necesario que los proveedores que le brinden la atención como parte del estudio sean proveedores de la red.

Sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica. Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de atención deben ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para informarnos al respecto.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

K2. Pago por los servicios cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica

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

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

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

K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (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.

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

L1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un establecimiento que brinda atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica.

Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio es solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A de Medicare (servicios de atención sanitaria no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención sanitaria no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

L2. 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 a recibir un tratamiento médico “no exceptuado”.

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

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 certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan se limita a aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicará lo siguiente:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Debe obtener la aprobación de nuestro plan antes de que lo ingresen en el centro; de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.

Nuestro plan cubrirá los días de hospitalización ilimitados en un hospital de la red cuando la hospitalización sea médicamente necesaria y con autorización previa.

M. Equipos médicos duraderos (DME)

M1. DME como miembro de nuestro plan

DME se refiere a ciertos productos solicitados por un proveedor para usar en su propio hogar. Algunos ejemplos de estos productos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital que solicite un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Siempre será propietario de ciertos productos, como los dispositivos protésicos.

En esta sección, analizamos el DME que debe alquilar. Como miembro de Aetna Better Health Premier Plan, por lo general, no se quedará con el DME, sin importar por cuánto tiempo lo alquile.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

M2. Propiedad de DME cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage, el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de convertirse en propietarias.

Nota: puede encontrar las definiciones de Original Medicare y los planes Medicare Advantage en el Capítulo 12. Puede encontrar más información sobre estos en el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022). Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o 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.

Deberá abonar 13 pagos consecutivos según Original Medicare, o deberá abonar la cantidad de pagos consecutivos establecidos por el plan Medicare Advantage, para convertirse en el propietario del producto de DME si cumple con lo siguiente:

- No se había convertido en el propietario del producto de DME mientras estaba en nuestro plan, **y**
- deja nuestro plan y obtiene los beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare.

Si realizó pagos por el producto de DME en Original Medicare o un plan de Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Original Medicare o el plan Medicare Advantage no se tienen en cuenta para los pagos que tiene que abonar después de dejar el plan.**

- Deberá abonar 13 nuevos pagos consecutivos según Original Medicare o la cantidad de nuevos pagos consecutivos establecidos por el plan Medicare Advantage para convertirse en el propietario del producto de DME.
- No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare o el plan Medicare Advantage.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

M3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Los equipos de oxígeno deben devolverse al propietario cuando ya no sean médicamente necesarios para usted o si abandona nuestro plan.

M4. Equipos de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

Cuando médicamente se necesitan equipos de oxígeno y **usted abandona nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, lo alquilará a un proveedor por 36 meses. Sus pagos mensuales del alquiler cubren equipos de oxígeno y los suministros y servicios arriba mencionados.

Si médicamente necesita equipos de oxígeno **luego de alquilarlo por 36 meses**:

- Su proveedor debe proveerle equipos de oxígeno, suministros y servicios por otros 24 meses.
- Su proveedor debe proveerle equipos de oxígeno y suministros por hasta 5 años si es médicamente necesario.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

Si aún son médicamente necesarios los equipos de oxígeno **luego del período de 5 años**:

- Su proveedor ya no debe proveerlo y usted puede elegir solicitar equipos de reemplazo a cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Alquilará de un proveedor por 36 meses.
- Luego, su proveedor debe proveerle equipos de oxígeno, suministros y servicios por otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada 5 años mientras que los equipos de oxígeno sean médicamente necesarios.

Cuando médicamente se necesitan equipos de oxígeno y **usted abandona nuestro plan y se cambia al plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Original Medicare. Puede consultar qué equipos de oxígeno y suministros cubre su plan de Medicare Advantage y qué costará.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa acerca de los servicios que Aetna Better Health Premier Plan cubre y cualquier restricción o límite en esos servicios. También le informa sobre los beneficios no cubiertos en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Sus servicios cubiertos.....	58
A1. Durante las emergencias de salud pública.....	59
B. Normas contra los proveedores que le cobran por servicios.....	59
C. La Tabla de beneficios de nuestro plan.....	60
D. La Tabla de beneficios.....	61
E. Beneficios cubiertos fuera de Aetna Better Health Premier Plan.....	111
E1. Atención en un hospicio.....	111
E2. Servicios cubiertos por el Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP).....	112
F. Beneficios no cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan, Medicare o Medicaid de Michigan ..	112

A. Sus servicios cubiertos

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

Usted no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando siga las normas del plan. Para obtener detalles sobre las normas del plan, consulte el Capítulo 3. Las únicas excepciones son si paga alguno de los siguientes:

- Un monto pagado por el paciente (PPA) para los servicios del centro de atención de enfermería según lo determine el Departamento de Salud y Servicios Sociales local.
- La prima que tenga del programa Libertad para trabajar. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para trabajar, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan (MDHHS). Puede encontrar la información de contacto de su oficina local del MDHHS en el sitio web www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.html.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si necesita servicios y apoyos relacionados con una afección de salud conductual, una discapacidad intelectual o del desarrollo o un trastorno por abuso de sustancias, trabaje con su coordinador de atención para obtener servicios proporcionados a través del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP). También obtendrá un *Manual para miembros* del PIHP, donde se explicará en mayor profundidad la elegibilidad para el PIHP y los servicios especializados cubiertos.

Según sus criterios de elegibilidad, se podrán ofrecer algunos productos, suministros, apoyos y servicios a través de nuestro plan o del PIHP. Para garantizar que nuestro plan y el PIHP no paguen por los mismos productos, suministros, apoyos o servicios, su coordinador de atención puede ayudarle a obtener lo que necesita de nuestro plan o del PIHP. Los servicios del PIHP tienen distintos criterios de elegibilidad o necesidad médica. Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo y el manual del PIHP.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

A1. Durante las emergencias de salud pública

Aetna Better Health Premier Plan debe flexibilizar las restricciones de su atención médica durante una emergencia de salud pública declarada o para quienes viven en una zona de emergencia. Estos cambios en las restricciones solo están disponibles durante la emergencia declarada. Esto significa que puede obtener sus medicamentos con receta en cualquier farmacia y que las autorizaciones previas están exentas en parte o en su totalidad. En tales casos de emergencia, puede visitar **AetnaBetterHealth.com/Michigan** para obtener más información.

B. Normas contra los proveedores que le cobran por servicios

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

C. Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios en la Sección D describe los servicios que paga el plan. Enumera las categorías de servicios en orden alfabético y explica los servicios cubiertos. Se divide en dos secciones:

- Servicios generales
 - Ofrecidos a todos los inscritos
- Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)
 - Ofrecida solo para los inscritos que cumplen con lo siguiente:
 - Requieran un nivel de atención de un centro de atención de enfermería, pero que no residan en este centro, **y**
 - Tengan una necesidad de recibir servicios de exención cubiertos.


Pagaremos los servicios mencionados en la Tabla de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes normas. No paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se describen a continuación. Las únicas excepciones son si tiene un monto pagado por el paciente (PPA) para los servicios del centro de atención de enfermería según lo determine el Departamento de Salud y Servicios Sociales local o las primas del programa Libertad para trabajar que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para trabajar, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan (MDHHS). Puede encontrar la información de contacto de su oficina local del MDHHS en el sitio web www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.html.

- Los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid de Michigan deben brindarse de conformidad con las normas establecidas por Medicare y Medicaid de Michigan.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o un hogar de convalecencia. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las recomendaciones aceptadas de la práctica médica.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 tiene más información sobre cómo utilizar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinda atención.
- Algunos de los servicios que se indican en la Tabla de beneficios se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios con una nota al pie. Además, primero debe obtener autorización previa para los siguientes servicios que no se encuentran en la Tabla de beneficios:
 - Servicios de sangre para pacientes externos
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

D. Tabla de beneficios

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>El plan pagará una ecografía de detección solo una 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>\$0</p>
<p>Acupuntura para dolor crónico en la región lumbar</p> <p>El plan pagará hasta 12 consultas en 90 días si tiene dolor crónico en la región lumbar definido de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más. • No específico (que no tenga una causa sistemática que se pueda identificar, tal como que no se relacione con enfermedades metastáticas, inflamatorias o infecciosas). • Que no se relacione con cirugías, y • Que no se relacione con embarazo. <p>El plan pagará 8 sesiones adicionales si usted demuestra una mejora. Es posible que no obtenga más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>Se deben abandonar los tratamientos de acupuntura si no mejora o si empeora.</p>	<p>\$0</p>





Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipos y suministros médicos de adaptación</p> <p>El plan cubre dispositivos, controles o aparatos que le permiten aumentar su capacidad de realizar actividades de la vida diaria o de percibir, controlar o comunicarse con el entorno en el que vive. Los servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Silla/banco para la ducha. • Sillas que se elevan. • Asiento de inodoro elevado. • Dispositivos para alcanzar objetos. • Abridores de frascos. • Asientos de transferencia. • Elevadores para el baño/la habitación. • Discos giratorios. • Accesorios para la bañera, como cepillos exfoliantes con mango largo. • Accesorios para teléfono. • Teléfono o relojes automáticos que ayudan con los recordatorios de medicamentos. • Ganchos para botones o tiradores de cremalleras. • Utensilios para comer modificados. • Accesorios para higiene bucal modificados. • Herramientas de cuidado personal modificadas. • Almohadillas térmicas. • Contenedores para objetos filosos. • Productos para hacer ejercicio y otros productos para terapia. • Tensiómetro con función de voz. • Suplementos nutricionales, como Ensure. <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>





Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Prueba de detección y asesoramiento de abuso de alcohol</p> <p>El plan pagará una sola prueba de detección de abuso de alcohol para adultos que abusen del alcohol pero que no tengan una dependencia. Esto incluye a mujeres embarazadas.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones personales breves de asesoramiento cada año (si puede y está alerta durante el asesoramiento) brindado por un proveedor o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave para que otras maneras de llegar a un lugar de atención pongan en riesgo su vida o salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan.</p> <p>En casos que no sean emergencias, el plan puede pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave para que otras maneras de llegar a un lugar de atención pongan en riesgo su vida o salud.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha estado en la Parte B de Medicare durante más de 12 meses, puede obtener un control anual. Esto es para desarrollar o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. El plan pagará esta consulta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: No puede realizarse su primer control anual dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Tendrá cobertura para controles anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. No necesita haber tenido primero una consulta "Bienvenido a Medicare".</p>	<p>\$0</p>





Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Medición de la masa ósea</p> <p>El plan pagará ciertos procedimientos para los miembros que reúnen los requisitos (por lo general, personas en riesgo de perder masa ósea o contraer osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran la pérdida ósea o descubren la calidad ósea.</p> <p>El plan pagará los servicios una vez cada 24 meses o más seguido si son médicamente necesarios. El plan también pagará para que un médico examine y emita su opinión sobre los resultados.</p>	\$0
	<p>Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses 	\$0
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>El plan pagará los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones con una orden de un médico.</p> <p>El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensivos, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0




Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (tratamiento para una enfermedad cardíaca)</p> <p>El plan paga una consulta por año con su proveedor de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardíacas. Durante esta consulta, su médico puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hablar sobre el uso de la aspirina. • Controlar la presión arterial, o bien, • Brindarle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien. 	\$0
<p> Análisis de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>El plan paga los análisis de sangre para verificar si padece una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también controlan si hay defectos debido al alto riesgo de padecer enfermedades cardíacas.</p>	\$0
<p>Beneficios de teléfonos celulares</p> <p>Los miembros de Aetna Better Health Premier Plan que estén interesados en Lifeline, el programa federal gratuito de teléfonos celulares, reciben el sitio web y el número de teléfono de nuestro proveedor de Lifeline contratado, o una solicitud para completar a fin de determinar si reúnen los requisitos.</p> <p>El proveedor le notifica a Aetna Better Health Premier Plan sobre aquellos miembros que están aprobados y participan del programa. Los miembros que reúnan los requisitos son elegibles para recibir un teléfono inteligente con minutos para hablar y datos.</p> <p>Los miembros de Aetna Better Health Premier Plan reciben llamadas gratuitas ilimitadas al número del Departamento de Servicios para Miembros. Estas llamadas no aplican a la asignación mensual de minutos. El plan enviará mensajes de texto gratuitos relacionados con la salud y otros mensajes gratuitos según corresponda.</p>	\$0




Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Para mujeres que corren alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para mujeres que han obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou dentro de los últimos 3 años y están en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	\$0
	<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para lograr la alineación • Radiografías de diagnóstico <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas mayores de 50 años, el plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección) cada 48 meses • Análisis de sangre oculta en la materia fecal cada 12 meses • Análisis de sangre oculta en la materia fecal de guayacol o prueba inmunoquímica fecal cada 12 meses • Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años <p>Para las personas con un riesgo alto de padecer cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopia de detección (o un enema de bario de detección) cada 24 meses.</p> <p>Para las personas que no tienen un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopia de detección cada diez años (pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección).</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de transición en la comunidad</p> <p>El plan paga gastos únicos para que usted realice una transición de un hogar de convalecencia a otra residencia donde sea responsable de sus propias adaptaciones para vivir. Los servicios cubiertos pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depósitos de garantía o vivienda. • Depósitos y conexiones de servicios públicos (sin incluir televisión ni Internet). • Muebles (limitado). • Aparatos (limitado). • Gastos móviles (sin incluir dispositivos de recreación o entretenimiento). • Limpieza, incluida la erradicación de plagas, el control de alérgenos y la limpieza en general. <p>Este servicio no incluye gastos de hipoteca o alquiler mensuales existentes, cargos por servicios públicos habituales ni productos diseñados para fines recreativos o de entretenimiento. La cobertura se limita a una vez por año.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará dos tentativas de asesoramiento para dejarlo en un período de 12 meses como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada tentativa con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará dos tentativas de asesoramiento para dejarlo en un período de 12 meses. Cada tentativa con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <p>Además, el plan ofrece sesiones de asesoramiento para dejar de fumar (hasta 42 por año). Hable con su coordinador de atención para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>





Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>Aetna Better Health Premier Plan pagará los siguientes servicios:</p> <p>Servicios dentales preventivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los exámenes y evaluaciones están cubiertos una vez cada seis meses. • La limpieza es un beneficio cubierto una vez cada seis meses. • El tratamiento con fluoruro diamino de plata está cubierto con un máximo de seis aplicaciones de por vida. • Radiografías. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Las radiografías con aleta de mordida son un beneficio cubierto solo una vez en un período de 12 meses. ◦ Una radiografía panorámica es un beneficio cubierto una vez cada cinco años. ◦ Una serie de radiografías completa o de toda la boca es un beneficio cubierto una vez cada cinco años. • Empastes. • Extracciones. • Dentaduras postizas completas o parciales cubiertas una vez cada cinco años. <p>Servicios dentales integrales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Periodoncias y extracciones • Prostodoncia • Otras cirugías bucales o maxilofaciales • Otros servicios <p>El plan cubre un beneficio adicional que permite un tratamiento de raspado y pulido dental por año según sea necesario de acuerdo con la afección y con remisión de un médico o proveedor dental.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>El plan pagará una sola prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe hacerse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y remisiones, que incluyen remisiones a su proveedor de atención primaria o al Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) para evaluaciones y servicios adicionales.</p>	\$0
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>El plan pagará esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión) • Niveles históricos anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa) <p>Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede cumplir con los requisitos para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen o no insulina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre, incluido lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Un glucómetro ◦ Tiras reactivas para controlar el nivel de glucosa en sangre ◦ Dispositivos de punción y lancetas ◦ Soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los medidores • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave, el plan pagará lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Un par de zapatos terapéuticos a medida (incluidas las plantillas ortopédicas) y dos pares de plantillas ortopédicas adicionales cada año calendario. O bien, ◦ Un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas cada año (sin incluir las plantillas ortopédicas extraíbles proporcionadas con dichos zapatos) <p>El plan también pagará la adaptación de los zapatos terapéuticos a medida o los zapatos profundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En algunos casos, el plan pagará la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes. <p>El plan cubre exclusivamente los glucómetros y las tiras reactivas para la diabetes fabricados por OneTouch / LifeScan, como sistemas, tiras reactivas y suministros OneTouch Verio®, OneTouch Ultra® y OneTouch UltraMini®.</p> <p>Se requiere autorización previa para más de un glucómetro por año y para más de 100 tiras reactivas cada 30 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Puede requerirse autorización previa. 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de “equipos médicos duraderos (DME)”, consulte el Capítulo 12 de este manual).</p> <p>Se cubren los siguientes productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas • Muletas • Sistemas de colchones eléctricos • Suministros para la diabetes • Camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar • Bombas de infusión intravenosa (IV) • Dispositivos generadores del habla • Equipos y suministros de oxígeno • Nebulizadores • Andadores <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>También se cubren los siguientes productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sacaleches • Bastones • Sillas con orinal • Dispositivo de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) • Nutrición enteral • Monitor de actividad uterina para el hogar • Suministros para la incontinencia • Bomba y suministros de insulina • Elevadores, cabestrillos y asientos • Bomba de linfedema • Terapia para heridas con presión negativa • Calzado ortopédico • Dispositivos ortésicos • Estimulador de osteogénesis • Suministros para ostomía • Nutrición parenteral • Medidor de flujo espiratorio máximo • Productos de gradientes de presión • Superficies de apoyo para reducir la presión • Prótesis • Oxímetro de pulso • Vendajes quirúrgicos • Suministros de atención de traqueostomía • Estimulador de nervios eléctrico transcutáneo • Respiradores • Desfibriladores cardioversores portátiles <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Otros productos pueden estar cubiertos.</p> <p>Algunos DME se proporcionan de acuerdo con la póliza de Medicaid de Michigan. Los requisitos para la remisión, órdenes de un médico y evaluaciones se aplican junto con las limitaciones al reemplazo y la reparación.</p> <p>Podrían estar cubiertos otros productos, incluidos accesorios para el entorno o tecnología de adaptación/auxiliar. Aetna Better Health Premier Plan también puede cubrir la capacitación para utilizar, modificar o reparar su producto. Su equipo de atención integrado trabajará con usted para decidir si estos otros productos y servicios son adecuados para usted y si se incluirán en su plan de atención.</p> <p>Algunos productos también pueden tener cobertura a través del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) según los criterios de elegibilidad. Estos productos deben ser pagados ya sea por nuestro plan o por el PIHP, no por ambos.</p> <p>Pagaremos todos los DME médicamente necesarios que, generalmente, pagan Medicare y Medicaid de Michigan. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede solicitarles un envío especial para usted. Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia comprende servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y • Son necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede esperar que la afección tenga las siguientes consecuencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un riesgo grave para su salud o la del feto; o • un grave deterioro de las funciones corporales; o • una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo; o bien, • en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando sucede lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ No hay suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto. ◦ El traslado a otro hospital puede poner en riesgo su salud o seguridad, o la de su feto. <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su emergencia se estabilice, puede que deba volver a un hospital de la red para que continuemos pagando su atención. Puede quedarse en un hospital fuera de la red para recibir su atención para pacientes internados si el plan aprueba su estadía.</p> <p>Las emergencias están cubiertas solamente dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite escoger cualquier proveedor para determinados servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de planificación familiar y tratamiento médico. • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico de planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parches, anillos, DIU, inyecciones, implantes). • Suministros de planificación familiar con receta (preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón). • Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados. • Asesoramiento y pruebas para enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH/SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) • Esterilización voluntaria (debe tener 21 años o más y firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Al menos 30 días, pero no más de 180 días, deben transcurrir entre la fecha en que firma el formulario y la fecha de la cirugía). • Asesoramiento genético. <p>El plan también pagará algunos servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe consultar a un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de afecciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye maneras artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento para SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Pruebas genéticas. <p>Puede requerirse autorización previa para asesoramiento y pruebas genéticas.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Acondicionamiento físico</p> <p>Aetna Better Health Premier Plan ofrece la membresía de SilverSneakers® a los miembros, sin costo adicional. SilverSneakers es el programa de acondicionamiento físico líder en la comunidad del país diseñado específicamente para adultos mayores. Promueve un mayor compromiso y responsabilidad al proporcionarles a los miembros oportunidades de ejercicio regular (entrenamiento de fuerza, aeróbicos y flexibilidad) y de apoyo social.</p> <p>El beneficio incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a miles de ubicaciones de acondicionamiento físico participantes • Uso de instalaciones básicas (pesas, cintas, piscinas, etc.) • Clases de acondicionamiento físico • Actividades y clases grupales fuera del entorno del gimnasio tradicional (clases FLEX en la comunidad) • Un kit para el hogar o un kit Steps disponibles cada año calendario <p>Se ofrecen los siguientes recursos en línea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Portal para miembros • Clases en vivo • Clases a pedido • Aplicación SilverSneakers con recordatorios para moverse y más 	
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>El plan ofrece una amplia variedad de herramientas y programas educativos sobre salud y nutrición disponibles para los miembros sin ningún costo adicional, que incluye materiales educativos para los miembros, uso de herramientas educativas y sistemas de apoyo.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios auditivos</p> <p>El plan paga exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por su proveedor. Estas pruebas indicarán si necesita tratamiento médico. Las pruebas están cubiertas como atención para pacientes externos cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Para los adultos mayores de 21 años, el plan paga la evaluación o colocación de audífonos dos veces al año y paga por audífonos una vez cada cinco años. Se requieren remisión y autorización.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>El plan paga una prueba de detección de VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • solicitan una prueba de detección de VIH, o • tienen mayor riesgo de contraer una infección de VIH. <p>En el caso de mujeres embarazadas, el plan paga hasta tres pruebas de detección de VIH durante el embarazo.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Agencias de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios de atención médica en el hogar, un médico debe informarnos que usted los necesita y los deberá proporcionar una agencia de atención médica en el hogar.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio de 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. • Auxiliar de atención médica a domicilio cuando se proporciona con un servicio de enfermería. <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusión intravenosa en el hogar</p> <p>El plan pagará terapias de infusión intravenosa, definidas como medicamentos o sustancias biológicas administradas por vena o aplicadas por debajo de la piel y proporcionadas a usted en su hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión intravenosa en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento o sustancia biológica, tal como un antiviral o inmunoglobina; • Equipos, tal como una bomba; y • Suministros, tales como un trozo de tubo o un catéter. <p>El plan cubre servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluyendo servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención. • Capacitación y educación para miembros no incluidas en los beneficios de DME; • Control remoto, y • Servicios de control para proporcionar terapias de infusión intravenosa en el hogar y medicamentos de infusión intravenosa en el hogar suministrados por un proveedor calificado de terapias de infusión intravenosa en el hogar. <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Tiene el derecho de elegir el hospicio si su proveedor u el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que padece de una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>El plan pagará lo siguiente mientras usted esté recibiendo los servicios de hospicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • Cuidados paliativos a corto plazo • Atención médica a domicilio <p>Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo. <p>Para los servicios cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aetna Better Health Premier Plan cubrirá los servicios que le correspondan y que no cubra la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, ya sea que se relacionen con su pronóstico terminal o no. Usted no paga nada por estos servicios. <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de Medicare de Aetna Better Health Premier Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. <p>Nota: Si necesita atención que no es de hospicio, debe comunicarse con su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es de hospicio es atención que no está relacionada con su pronóstico terminal. Llame a su coordinador de atención al 1-855-676-5772 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Inmunizaciones</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</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 cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare o Medicaid de Michigan. <p>El plan pagará otras vacunas que cumplan las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Para obtener más información, lea el Capítulo 6.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o centro de atención de enfermería especializada (SNF)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o coronarios. • Medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que la emergencia esté bajo control.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos, como sillas de ruedas. • Servicios de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios para trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados. • Sangre, se incluye el almacenamiento y la administración. <ul style="list-style-type: none"> ◦ El plan pagará la sangre total y el concentrado de glóbulos rojo a partir de la primera pinta de sangre que necesite. ◦ El plan pagará el resto de las partes de la sangre a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios médicos. • En determinados casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es un candidato para un trasplante.</p> <p>Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los proveedores locales de trasplantes están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede recibir sus servicios de trasplante de forma local o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si Aetna Better Health Premier Plan brinda servicios de trasplante fuera del patrón de atención de su comunidad y usted elige recibir el trasplante en ese lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento para usted y un acompañante.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	





Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud conductual para pacientes internados El plan lo remitirá al Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) para este servicio. Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo. Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios y suministros para la enfermedad renal El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe remitirlo. El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos, incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es ingresado en el hospital para recibir atención especial. • Preparación para autodiálisis, incluida su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar. • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio, por ejemplo, las visitas necesarias de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua. <p>El beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte el apartado “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla. Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Prueba de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará la prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 55 y 77 años, y • Realiza una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • Ha fumado al menos 1 paquete de cigarrillos al día durante 30 años sin presentar signos ni síntomas de cáncer de pulmón, o fuma actualmente o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección por año con una indicación por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	\$0
	<p>Beneficio de comidas</p> <p>El plan pagará 20 entregas de comidas a domicilio después de una hospitalización del paciente.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
	<p>Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También corresponde después de un trasplante de riñón cuando sea solicitado por su médico.</p> <p>El plan pagará tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare. (Incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). Después, pagamos dos horas de servicios de asesoramiento individual cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que reciba más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>El plan pagará los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudar a mejorar sus conductas saludables. Brinda capacitación práctica sobre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cambios alimenticios a largo plazo, y• Aumento de la actividad física, y• Formas de mantener la pérdida de peso y llevar un estilo de vida saludable. <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/betterhealth/michigan)**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Medicare cubre estos medicamentos. Aetna Better Health Premier Plan pagará los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suele administrarse usted mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios de un médico, servicios para pacientes externos en un hospital o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por 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 para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico certifica que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea medicamento necesario), anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. <p>El siguiente enlace lo dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: AetnaBetterHealth.com/Michigan/formulary</p> <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta para pacientes externos. Explica las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para medicamentos con receta.</p> <p>El Capítulo 6 explica lo que debe pagar por sus medicamentos con receta para pacientes externos a través de nuestro plan.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/better-health/michigan)**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Transporte médico que no sea de emergencia</p> <p>El plan cubrirá el transporte para que usted vaya a sus citas médicas y a la farmacia o regrese de estas, si es un servicio cubierto. Los tipos de transporte que no son de emergencia incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Camioneta equipada para silla de ruedas• Automóvil de servicio• Taxi <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0




Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado en un centro de atención de enfermería</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada o privada si es médicamente necesario. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos obtenidos como parte del plan de atención, incluso sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre. • Suministros médicos y quirúrgicos brindados por centros de atención de enfermería. • Análisis de laboratorio brindados por centros de atención de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología brindados por centros de atención de enfermería. • Aparatos, como sillas de ruedas, por lo general, brindados por centros de atención de enfermería. • Servicios de médicos o proveedores. <p>Generalmente, recibirá su atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivía antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería). • Un centro de atención de enfermería donde su cónyuge o pareja vive en el momento en que usted reúne los requisitos para recibir atención en un centro de atención de enfermería. • El hogar de convalecencia donde vivía cuando se inscribió en Aetna Better Health Premier Plan. <p>Este servicio está diseñado para ser cuidado asistencial a largo plazo y no se superpone con la atención en un centro de atención de enfermería especializada.</p> <p>Para recibir este servicio, debe cumplir con los estándares del nivel de atención del centro de atención de enfermería de Medicaid de Michigan.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Cuando sus ingresos exceden el monto permitido, debe contribuir con el costo de su atención en un centro de atención de enfermería. Esta contribución, conocida como monto pagado por el paciente (PPA), se requiere si vive en un centro de atención de enfermería. Sin embargo, es posible que no deba pagar todos los meses.</p> <p>La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de atención de enfermería.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Prueba de detección de obesidad y tratamiento para mantener el peso bajo</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan pagará el asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe obtener los servicios de asesoramiento en un establecimiento de atención primaria. De esa manera, se pueden administrar con su plan de prevención total. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	\$0
	<p>Servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, la administración y provisión de estos medicamentos • Asesoramiento ante el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de drogas o químicos en su cuerpo (pruebas de toxicología) <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</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 fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre, a partir de la primera pinta de sangre que necesite, incluidos almacenamiento y administración. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos. <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/michigan)**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>El plan paga los servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento para pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</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. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Los servicios de observación le ayudan a su médico a saber si debe ser ingresado en el hospital como “paciente internado”. ◦ En ocasiones, puede pasar la noche en el hospital y aun así ser considerado como “paciente externo”. ◦ Puede obtener más información sobre cómo ser un paciente internado o un paciente externo en esta hoja informativa: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado sería necesario sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Servicios y pruebas de detección preventivas que se enumeran en la Tabla de beneficios. • Algunos medicamentos que no se pueden autoadministrar. <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes externos</p> <p>El plan pagará los servicios de salud mental proporcionados por uno de los siguientes profesionales autorizados por el estado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psiquiatra o médico; • psicólogo clínico; • trabajador social clínico; • especialista en enfermería clínica; • profesional en enfermería; • auxiliar médico, o bien, • cualquier otro profesional de salud mental calificado por Medicare o Medicaid de Michigan, de conformidad con las leyes estatales vigentes. <p>Puede ponerse en contacto con el Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) o el plan puede remitirlo al PIHP para que reciba algunos servicios.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios clínicos • Tratamiento diurno • Servicios de rehabilitación psicosocial <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>El plan pagará fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes externos en los departamentos para pacientes externos de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) y otros centros.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para trastornos por abuso de sustancias para pacientes externos</p> <p>El plan lo remitirá al Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) para estos servicios. Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0
<p>Cirugía para pacientes externos</p> <p>El plan pagará la cirugía y los servicios para pacientes externos en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
<p>Suministros de venta libre</p> <p>Como un beneficio adicional, el plan le ofrece \$90 en determinados suministros de venta libre (OTC) cada tres meses. Los productos deben adquirirse a través del catálogo de productos de OTC aprobado o en tiendas participantes que identifican productos elegibles.</p> <p>Para obtener más información, hable con su coordinador de atención o llame al Departamento de Servicios para Miembros.</p>	\$0
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>El plan lo remitirá al Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) para estos servicios. Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Servicios de atención personal</p> <p>El plan pagará la asistencia práctica para ayudarlo a que permanezca en su hogar el mayor tiempo posible. Los servicios incluyen asistencia con actividades de la vida diaria (ADL), por ejemplo, tareas como bañarse, comer, vestirse e ir al baño. Este servicio puede incluir actividades de la vida diaria instrumentales (IADL), pero solo cuando también hay una necesidad de una ADL. Las actividades de la vida diaria incluyen tareas como ir de compras, lavar ropa, preparar comidas, ofrecer recordatorios para tomar medicamentos y llevarlo a sus citas.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
	<p>Sistema de servicios personales de respuesta ante emergencias</p> <p>El plan cubre un dispositivo electrónico en el hogar que le garantiza ayuda en caso de una emergencia. También puede usar un botón de “ayuda” portátil que le brinde movilidad. El sistema está conectado a su teléfono y programado para enviar una señal a un centro de respuestas cuando se activa el botón de “ayuda”.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0




Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del médico o proveedor, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en lugares como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Consultorio de un médico ◦ Centro quirúrgico ambulatorio certificado ◦ Departamento para pacientes externos de un hospital • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria, si el médico así los indica para determinar si usted necesita tratamiento. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas. ◦ Arreglo de fracturas de la mandíbula o huesos faciales. ◦ Extracción de dientes antes de radioterapias por cáncer neoplásico, o bien, ◦ Servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico. <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Servicios de podiatría</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</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). • Cuidado de rutina de los pies para miembros que padecen afecciones que comprometen las piernas, como la diabetes. <p>El plan también cubre 3 consultas preventivas para el cuidado de rutina de los pies por año.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0
	<p>Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, el plan pagará los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA) 	\$0




Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. El plan pagará los siguientes dispositivos protésicos, y posiblemente otros dispositivos que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de las colostomías • Marcapasos • Dispositivos ortopédicos • Zapatos protésicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía) <p>El plan también pagará algunos suministros relacionados con los dispositivos protésicos. Además, pagará la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos.</p> <p>El plan ofrece cierta cobertura luego de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener detalles.</p> <p>El plan no pagará dispositivos dentales protésicos, excepto las dentaduras postizas totales y parciales (consulte “Servicios dentales”).</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>El plan pagará los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. El miembro debe tener una orden para la rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de relevo</p> <p>Puede obtener servicios de atención de relevo a corto plazo y de forma intermitente para ayudar a su familia u otros cuidadores primarios con el estrés diario y las demandas de atención durante las épocas en las que proporcionan atención no remunerada.</p> <p>Las necesidades de relevo de trabajadores por hora o por turno deben adaptarse según los reemplazos de personal, los ajustes del plan o los cambios de ubicación y no por la atención de relevo.</p> <p>La atención de relevo no tiene el objetivo de proporcionarse de forma continua y a largo plazo cuando forma parte de los servicios diarios que permitirían que un cuidador no remunerado trabaje en otro lugar a tiempo completo.</p> <p>La atención de relevo se limita a 14 estadías durante la noche durante 365 días, salvo que Aetna Better Health Premier Plan apruebe tiempo adicional.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p> Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento</p> <p>El plan pagará las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS. Un proveedor de atención primaria debe solicitar estas pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>El plan también pagará hasta dos sesiones personales muy intensivas de asesoramiento conductual cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Cada sesión puede tener una duración de 20 a 30 minutos. El plan pagará estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si las brinda un proveedor de atención primaria. Las sesiones se deben brindar en un establecimiento de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada o privada si es médicamente necesario. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos obtenidos como parte del plan de atención, incluso sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre. • Sangre, se incluye el almacenamiento y la administración: <ul style="list-style-type: none"> ◦ El plan pagará la sangre total y el concentrado de glóbulos rojo a partir de la primera pinta de sangre que necesite. ◦ El plan pagará el resto de las partes de la sangre a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos brindados por centros de atención de enfermería • Análisis de laboratorio brindados por centros de atención de enfermería • Radiografías y otros servicios de radiología brindados por centros de atención de enfermería • Aparatos, como sillas de ruedas, por lo general, brindados por centros de atención de enfermería • Servicios de médicos o proveedores <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en centros de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>No se requiere una hospitalización para recibir atención en un SNF.</p> <p>Generalmente, recibirá su atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivía antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería). • Un centro de atención de enfermería donde su cónyuge o pareja vive en el momento en que usted se retira del hospital. <p>Se requiere autorización previa.</p>	
<p>Estipendio para gastos de mantenimiento de un animal de servicio</p> <p>El plan pagará un máximo de \$20 por mes para gastos de mantenimiento de un animal de servicio si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted recibe servicios de atención personal, y • Tiene una certificación de discapacidad debido a una afección específica definida por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, como artritis, ceguera, parálisis cerebral, polio, esclerosis múltiple, sordera, accidente cerebrovascular o lesión de la médula espinal, y • El animal de servicio está entrenado para satisfacer sus necesidades específicas relacionadas con su discapacidad. <p>El plan de servicio debe documentar que el animal de servicio se usará principalmente para satisfacer sus necesidades de atención personal.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El plan pagará la SET para miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática. El plan pagará lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos para la SET. • 36 sesiones adicionales con el paso del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. <p>El programa de SET debe tener las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar compuesto por sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento y ejercicios terapéuticos para PAD en miembros que padecen de calambres en las piernas debido a la mala circulación de la sangre (claudicación). • Proporcionarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio médico. • Ser brindado por personal calificado que se asegura de que el beneficio supere el daño y capacitado en terapia de ejercicio para la PAD. • Se realice 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>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia es atención brindada para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una situación que no es de emergencia, o bien, • Una enfermedad médica repentina, o bien, • Una lesión, o bien, • Una afección que requiere atención de inmediato. <p>Si requiere atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no puede llegar a un proveedor de la red.</p> <p>La atención de urgencia está cubierta solamente dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Atención de la vista</p> <p>Los exámenes de rutina de la vista están cubiertos una vez cada dos años.</p> <p>El plan pagará un par de anteojos inicial. Los anteojos de reemplazo se ofrecen una vez por año.</p> <p>El plan pagará los lentes de contacto para personas con determinadas afecciones.</p> <p>El plan pagará los dispositivos de ayuda para visión escasa básicos y esenciales (como telescopios, microscopios y otros dispositivos de ayuda para visión escasa).</p> <p>El plan pagará los servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales de la vista para detectar la retinopatía diabética en personas con diabetes y el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, el plan pagará una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con antecedentes familiares de glaucoma • Personas con diabetes • Afroamericanos de 50 años o más, y • Hispanoamericanos de 65 años o más <p>El plan pagará un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico coloca una lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no obtuvo un par de anteojos después de la primera cirugía).</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud. • Educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas pruebas de detección y vacunas), y • Remisiones para otro tipo de atención que pueda necesitar. <p>Nota: 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, informe en el consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Programa de día para adultos</p> <p>El plan cubre actividades diurnas estructuradas en un programa de atención y supervisión directas, si reúne los requisitos. Este servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporciona atención personal, y • Promueve el bienestar social, físico y emocional. <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Tecnología de asistencia</p> <p>El plan cubre productos tecnológicos usados para aumentar, mantener o mejorar el funcionamiento y promover la independencia, si reúne los requisitos. Algunos ejemplos de servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevaciones de camionetas • Controles manuales • Sistema de voz informático • Tableros de comunicación • Cerraduras de puertas con activación por voz • Mecanismos de puerta eléctricos • Alarma o intercomunicador especializados • Dispositivo de marcado de asistencia <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de tareas domésticas</p> <p>El plan cubre servicios necesarios para mantener su hogar en un entorno limpio, higiénico y seguro, si reúne los requisitos. Algunos ejemplos de servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar tareas domésticas pesadas (lavar pisos, ventanas y paredes) • Asegurar alfombras o baldosas sueltas • Mover muebles pesados • Cortar el césped, limpiar con el rastrillo y limpiar residuos peligrosos, como ramas y árboles caídos <p>El plan puede cubrir materiales y suministros desechables utilizados para realizar tareas domésticas.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Modificaciones ambientales</p> <p>El plan cubre modificaciones en el hogar si reúne los requisitos. Las modificaciones deben diseñarse para garantizar su salud, seguridad y bienestar, o para brindarle más independencia en el hogar. Las modificaciones pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalación de rampas y barandas. • Ampliación de las puertas. • Modificación de baños. • Instalación de sistemas eléctricos especializados que son necesarios para adaptar suministros y equipos médicos. <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Apoyos de vida comunitaria ampliados</p> <p>Para obtener este servicio, debe tener la necesidad de que se le den indicaciones, se le proporcionen pautas, de observar, recibir orientación, recibir instrucciones u obtener recordatorios que le ayuden a completar actividades de la vida diaria (ADL), como comer, bañarse, vestirse, ir al baño, realizar otras actividades de higiene personal, etc.</p> <p>Si tiene una necesidad de recibir este servicio, también puede obtener asistencia con las actividades de la vida diaria instrumentales (IADL), como lavar ropa, preparar comidas, recibir transporte, ayudar con las finanzas, ayudar con los medicamentos, hacer las compras, acompañarlo a las citas médicas y realizar otras tareas domésticas. Esto también puede incluir que se le den indicaciones, se le proporcionen pautas, se le permita observar, se le brinden recordatorios u otros apoyos a fin de que pueda realizar las IADL usted mismo.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
<p>Servicios de intermediario fiscal</p> <p>El plan pagará un intermediario fiscal (FI) que le ayudará a vivir de manera independiente en la comunidad mientras controla su presupuesto individual y elige al personal que trabajará con usted. El FI le ayuda a administrar y distribuir fondos contenidos en el presupuesto individual. Utilice estos fondos para adquirir servicios basados en el hogar y la comunidad autorizados en su plan de salud. Tiene la autoridad de contratar al cuidador que usted elija.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
<p>Entrega de comidas a domicilio</p> <p>El plan cubre hasta dos comidas preparadas entregadas a domicilio, si reúne los requisitos.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
<p>Transporte no médico</p> <p>El plan cubre servicios de transporte que le permiten acceder a servicios de exención y a otros servicios, actividades y recursos comunitarios, si reúne los requisitos.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de enfermería preventiva</p> <p>El plan cubre servicios de enfermería proporcionados por un enfermero certificado (RN) o un enfermero auxiliar diplomado (LPN). Para reunir los requisitos, debe requerir observación y evaluación de la integridad de la piel, los niveles de azúcar en sangre, ejercicios indicados para el rango de movimientos o estado físico. Puede obtener otros servicios de enfermería durante la visita del enfermero en su hogar. Estos servicios no se proporcionan de forma constante.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
<p>Atención de enfermería privada (PDN)</p> <p>El plan cubre servicios de enfermería especializada que se proporcionan de forma individual y continua, hasta un máximo de 16 horas por día, a fin de satisfacer sus necesidades de salud directamente relacionadas con una discapacidad física.</p> <p>La PDN incluye el suministro de una evaluación, un tratamiento y una observación de enfermería proporcionados por un enfermero diplomado, que sean consistentes con las órdenes de un médico y de conformidad con su plan de atención.</p> <p>Debe cumplir ciertos criterios médicos para reunir los requisitos para este servicio.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
<p>Servicios de cuidados paliativos</p> <p>Puede obtener servicios de atención de relevo a corto plazo y de forma intermitente para ayudar a su familia u otros cuidadores primarios con el estrés diario y las demandas de atención durante las épocas en las que proporcionan atención no remunerada.</p> <p>Las necesidades de relevo de trabajadores por hora o por turno deben adaptarse según los reemplazos de personal, los ajustes del plan o los cambios de ubicación y no por la atención de relevo.</p> <p>La atención de relevo no tiene el objetivo de proporcionarse de forma continua y a largo plazo cuando forma parte de los servicios diarios que permitirían que un cuidador no remunerado trabaje en otro lugar a tiempo completo.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

E. Beneficios cubiertos fuera de Aetna Better Health Premier Plan

Los siguientes servicios no están cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan, pero están disponibles a través de Medicare o Medicaid de Michigan.

E1. Atención en un hospicio

Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Tiene el derecho de elegir el hospicio si su proveedor u el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que padece de una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

Consulte la Tabla de beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que Aetna Better Health Premier Plan paga mientras usted recibe servicios de atención de hospicio.

Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal:

- El proveedor de los servicios de hospicio le facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionen con su pronóstico terminal (excepto en casos de atención de emergencia o atención de urgencia):

- El proveedor le facturará a Medicare los servicios. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Usted no paga nada por estos servicios.

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

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. Usted no paga nada por estos medicamentos.

Para los servicios cubiertos por Medicaid de Michigan:

- El proveedor le facturará a Aetna Better Health Premier Plan sus servicios. Aetna Better Health Premier Plan pagará los servicios cubiertos por Medicaid de Michigan. Usted no paga nada por estos servicios.

Nota: Si necesita atención que no es de hospicio, debe comunicarse con su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es de hospicio es atención que no está relacionada con su pronóstico terminal. Comuníquese con su coordinador de atención al **1-855-676-5772 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes.**



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

E2. Servicios cubiertos por el Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP)

Los siguientes servicios están cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan, pero están disponibles a través del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) y su red de proveedores.

Atención de salud conductual para pacientes internados

- El plan pagará los servicios de atención de salud conductual que requieran una hospitalización.

Servicios para trastornos por abuso de sustancias para pacientes externos

- Pagaremos los servicios de tratamiento que se proporcionen en el departamento para pacientes externos de un hospital si usted, por ejemplo, ha sido dado de alta de una hospitalización por el tratamiento de abuso de sustancias o si necesita tratamiento, pero no requiere el nivel de servicios proporcionado en el entorno hospitalario para pacientes internados. Consulte la cobertura para servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP) en la Tabla de beneficios en la Sección D.

Servicios de hospitalización parcial

- La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio del médico o terapeuta. Puede ayudar a evitar que tenga que permanecer en el hospital.

Consulte el Manual para miembros del PIHP separado para obtener más información y trabaje con su coordinador de atención para recibir los servicios proporcionados a través del PIHP.

F. Beneficios no cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan, Medicare o Medicaid de Michigan

En esta sección se describen los tipos de beneficios excluidos por el plan. El término excluir significa que el plan no paga estos beneficios. Medicare y Medicaid de Michigan tampoco los pagarán.

La lista detallada más abajo describe algunos servicios y productos que el plan no cubre en ninguna circunstancia, y algunos otros que el plan excluye solo en determinados casos.

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios, **los siguientes productos y servicios no están cubiertos por nuestro plan, Medicare ni por Medicaid de Michigan:**

- Servicios que no se consideren “médicamente necesarios”, según las normas de Medicare y Medicaid de Michigan, a menos que dichos servicios figuren en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Medicamentos, productos y tratamientos quirúrgicos y médicos experimentales, a menos que los cubra Medicare o un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte el Capítulo 3. El tratamiento y los productos experimentales son aquellos que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida, salvo cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo pague.
- Habitación privada en un hospital o centro de atención de enfermería, salvo cuando se considere médicamente necesario.
- Atención de enfermería privada, excepto para aquellas personas que reúnan los requisitos para este servicio de exención.
- Artículos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería, como un teléfono o televisor.
- Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.
- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (como pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, fines estéticos, antienvjecimiento y rendimiento mental, salvo cuando se consideren médicamente necesarios).
- Cirugía estética u otro trabajo estético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, el plan pagará la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para lograr simetría.
- Atención quiropráctica que no sea la manipulación de la columna de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un dispositivo ortopédico para piernas y estén incluidos en el costo del dispositivo, o que los zapatos sean para una persona con pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, a excepción de zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
- Queratotomía radial y cirugía LASIK. Sin embargo, el plan pagará los anteojos después de la cirugía de cataratas.
- Procedimientos para revertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.
- Servicios de un naturoterapeuta (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios que no sean de emergencia prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

Introducción

Este capítulo explica las normas para obtener sus medicamentos con receta para pacientes externos. Estos son medicamentos que su proveedor solicita para usted y que usted obtiene de una farmacia o a través del servicio de pedido por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medicaid de Michigan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

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

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

Normas de la cobertura del plan para medicamentos para pacientes externos

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

1. Debe tener un médico u otro proveedor que le emita recetas. Esta persona es a menudo su proveedor de atención primaria (PCP).
2. Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta.
3. Su medicamento con receta debe aparecer en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla.
 - Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirlo al hacer una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9 para conocer cómo solicitar una excepción.
4. Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertas referencias médicas.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/betterhealth/michigan)**.

Índice

A. Cómo obtener sus medicamentos con receta	116
A1. Cómo obtener sus medicamentos con receta en una farmacia de la red	116
A2. Cómo utilizar su identificación de miembro cuando obtenga un medicamento con receta	116
A3. Qué hacer si cambia a otra farmacia de la red	116
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red.	117
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada	117
A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	117
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	119
A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	120
A9. Cómo obtener un reembolso si paga por un medicamento con receta	120
B. Lista de medicamentos del plan	121
B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos.	121
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos.	121
B3. Medicamentos que no se encuentran en la Lista de medicamentos	121
B4. Niveles en la Lista de medicamentos	122
C. Límites para algunos medicamentos	123
D. Motivos por los que su medicamento puede no estar cubierto	124
D1. Cómo obtener un suministro temporal	124
E. Cambios en la cobertura para sus medicamentos	127
F. Cobertura para medicamentos en casos especiales	129
F1. Si se encuentra en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía.	129
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo	129
F3. Si se encuentra en un programa de hospicio certificado por Medicare	130
G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	130
G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura	130
G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.	131
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos opioides de manera segura	132



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

A. Cómo obtener sus medicamentos con receta

A1. Cómo obtener sus medicamentos con receta en una farmacia de la red

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

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

A2. Cómo utilizar su identificación de miembro cuando obtenga un medicamento con receta

Para obtener el medicamento con receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en la farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará al plan sus medicamentos con receta cubiertos. No tendrá la obligación de pagar un copago.

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

Si la farmacia no recibe la información necesaria, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire. Después puede pedirnos un reembolso. Si no puede pagar el medicamento, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de inmediato. Haremos lo que podamos para ayudar.

- Para obtener información sobre cómo pedirnos un reembolso, consulte el Capítulo 7.
- Si necesita ayuda para obtener un medicamento con receta, puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros o su coordinador de atención.

A3. Qué hacer si cambia a otra farmacia de la red

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

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

Para obtener la información más actualizada sobre las farmacias de la red de Aetna Better Health Premier Plan en su área, puede ver el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web, o llamar al Departamento de Servicios para Miembros. Su coordinador de atención también puede ayudarle a encontrar una nueva farmacia.

A5. Cómo utilizar una farmacia especializada

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia.
 - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no se encuentra dentro de nuestra red, o si tiene algún problema para acceder a sus beneficios para medicamentos en un centro de atención a largo plazo, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que brindan servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud Indígena. Salvo en caso de emergencia, solo los nativos estadounidenses o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que proveen medicamentos que requieren manejo e instrucciones especiales sobre su uso.

Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros o su coordinador de atención.

A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se brindan a través del servicio de pedido por correo son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos no disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados como “(NM)” en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de 90 días como máximo. Un suministro para 90 días no tiene copago.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

¿Cómo obtengo mis medicamentos con receta por correo?

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**. También puede hablar con su coordinador de atención o llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772**.

Por lo general, un medicamento con receta de pedido por correo le llegará en el plazo de 10 a 15 días. Si la farmacia de pedido por correo espera una demora significativa, el personal se comunicará con usted y le ayudará a decidir si debe esperar los medicamentos, cancelar el pedido por correo u obtener el medicamento con receta en una farmacia local. Si no recibió el pedido en el plazo de 10 días calendario desde la fecha en que envió el pedido, llame a CVS Caremark al 1-800-552-8159 (TTY: 1-800-231-4403) y ellos comenzarán a procesar un pedido de reemplazo. Recibirá el pedido rápidamente. Las llamadas a este número son gratuitas.

Procesos de pedidos por correo

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

1. Recetas nuevas que usted presenta a la farmacia

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

2. Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico

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

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado. **O bien,**
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas que obtiene directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todos los medicamentos con receta nuevos ahora, o en cualquier momento, llamando a Atención al cliente de CVS Caremark al 1-800-552-8159 (TTY: 1-800-231-4403).

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, póngase en contacto con Atención al cliente de CVS Caremark al 1-800-552-8159 (TTY: 1-800-231-4403) y hágales saber cómo le gustaría recibir sus medicamentos con receta a través del servicio de pedido por correo, o bien regístrese en línea con CVS Caremark en Caremark.com. Puede cambiar sus preferencias para el servicio de pedido por correo en cualquier momento.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de pedido por correo o decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para averiguar si desea que el medicamento se surta y envíe inmediatamente.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la dosis, la cantidad y la forma) y, en caso de ser necesario, le dará la oportunidad de cancelar o postergar el pedido antes de que sea enviado.
- Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Para dejar de recibir las entregas automáticas de nuevas recetas que obtuvo directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con Atención al cliente de CVS Caremark al 1-800-552-8159 (TTY: 1-800-231-4403).

3. Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo

En relación con los resurtidos, comuníquese con su farmacia con 15 días de anticipación cuando considere que los medicamentos que tiene disponibles se le acabarán, para asegurarse de que el próximo pedido sea enviado a tiempo.

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

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

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

Algunas farmacias de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 90 días no tiene copago. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

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

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

- Medicamentos con receta con la atención de emergencia.
- Medicamentos con receta con la atención de urgencia cuando las farmacias de la red no se encuentran disponibles.
- Si no puede obtener un medicamento con receta cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay ninguna farmacia de la red que atienda las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.
- Si trata de obtener un medicamento con receta que no está en el inventario habitual de una farmacia minorista o de pedido por correo de la red disponible (estos medicamentos con receta incluyen, por ejemplo, medicamentos huérfanos u otros de una especialidad farmacéutica).
- Si viaja fuera de su área de servicio (dentro de los Estados Unidos) y se le acaban sus medicamentos, los pierde o se enferma, y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Si recibe un medicamento con receta de la Parte D de una farmacia institucional fuera de la red, mientras se encuentra en una sala de emergencias, una clínica de un proveedor, una clínica de cirugía para pacientes externos o en otro entorno para pacientes externos.
- Si no ha recibido su medicamento con receta durante una declaración de desastre estatal o federal u otra declaración de salud pública de emergencia en la que ha sido evacuado o, de otro modo, trasladado fuera de su área de servicio o lugar de residencia.
- El suministro fuera de la red está limitado a un suministro para 29 días.

En estos casos, primero consulte con el Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si hay alguna farmacia de la red cerca.

A9. Reembolso si paga por un medicamento con receta

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente, deberá pagar el costo total para obtener su medicamento con receta. Puede pedirnos un reembolso.

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

B. Lista de medicamentos del plan

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

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

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

B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos

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

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

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

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

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

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

B3. Medicamentos que no se encuentran en la lista de medicamentos

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Estas son tres normas generales para los medicamentos excluidos:

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

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

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

B4. Niveles en la Lista de medicamentos

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

C. Límites para algunos medicamentos

¿Por qué tienen límites algunos medicamentos?

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

Si hay una norma especial para su medicamento, usualmente significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor deba darnos su diagnóstico o proporcionar los resultados de los análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor consideran que nuestra norma no debe aplicarse a su situación, debe pedirnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar que use el medicamento sin la necesidad de seguir los pasos adicionales o no.

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

¿Qué tipos de normas hay?

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

Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico. En la mayoría de los casos, si está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.

- Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica.
- Sin embargo, si el proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico, entonces cubriremos el medicamento de marca.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben conseguir la aprobación de Aetna Better Health Premier Plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que Aetna Better Health Premier Plan no cubra el medicamento.

3. Cómo probar un medicamento diferente primero

En general, el plan quiere que usted pruebe medicamentos de bajo costo (que a menudo son igual de eficaces) antes de cubrir los medicamentos que son más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero.

Si el medicamento A no funciona para usted, el plan entonces cubrirá el medicamento B. Esto se denomina tratamiento escalonado.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

4. Límites de cantidades

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

¿Se aplica alguna de estas normas a sus medicamentos?

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

D. Motivos por los que su medicamento puede no estar cubierto

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

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

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

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan puede proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de recurrir a un medicamento diferente o de solicitarle al plan que cubra el medicamento.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en la Lista de medicamentos del plan; o
 - nunca estuvo en la Lista de medicamentos del plan; o
 - ahora se limita de alguna manera.
2. Debe encontrarse en una de las situaciones siguientes:

Para medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Usted es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro temporal del **medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
 - Este suministro temporal será para 30 días como máximo en un entorno para pacientes externos y para 31 días en centros de atención a largo plazo.
 - Si su medicamento con receta está indicado para menos días, le permitiremos obtener varios resurtidos hasta llegar a un suministro máximo para 30 días del medicamento en un entorno para pacientes externos y un suministro del medicamento para 31 días en centros de atención a largo plazo. Debe obtener el medicamento con receta en una farmacia de la red.
 - La farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el uso indebido.
- Usted ha sido miembro del plan por más de 90 días y vive en un centro de atención a largo plazo, y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubriremos un suministro para 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal mencionado anteriormente.
 - Para obtener un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Usted es un miembro actual y presenta un cambio en el nivel de atención:
 - Cubriremos un suministro temporal para 31 días por única vez si se le da de alta de un hospital o un centro de atención a largo plazo, y va a su hogar:
 - Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos. O bien,
 - Su capacidad para obtener el medicamento es limitada.
 - Cubriremos un suministro temporal para 31 días por única vez (consulte la nota a continuación para conocer las excepciones) si es ingresado en un centro de atención a largo plazo y:
 - Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos. O bien,
 - Su capacidad para obtener el medicamento es limitada.

Nota: Ciertas formas de dosificación, como en el caso de los comprimidos o las cápsulas orales, se limitan a surtidos de 14 días con excepciones, según lo exigido por las normas de la Parte D de Medicare.

- Para obtener un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Para medicamentos de Medicaid de Michigan:

- Usted es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro de su medicamento de Medicaid de Michigan hasta un máximo de 90 días calendario después de la inscripción y no lo finalizaremos cuando terminen los 90 días calendario sin enviarle a un aviso anticipado y proporcionarle una transición a otro medicamento, si fuera necesario.
 - Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

- Puede cambiar a otro medicamento.

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

O BIEN

- Puede solicitar una excepción.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos. O puede pedirle al plan que cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una razón médica válida para obtener una excepción, puede ayudarlo a solicitarla.

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

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

E. Cambios en la cobertura para sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurren el 1 de enero, pero Aetna Better Health Premier Plan puede incorporar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año. También podemos modificar nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos realizar lo siguiente:

- Decidir solicitar o no solicitar la aprobación previa para un medicamento. (La aprobación previa es una autorización de Aetna Better Health Premier Plan antes de que pueda obtener un medicamento).
- Incorporar o modificar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se denomina “límites de cantidad”).
- Incorporar o modificar restricciones de tratamiento escalonado respecto de un medicamento. (El tratamiento escalonado significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas normas de medicamentos, consulte la Sección C anteriormente en este capítulo.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, por lo general, no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que suceda lo siguiente:

- Aparezca en el mercado un medicamento nuevo y más económico que es igual de eficaz que el medicamento que actualmente figura en la Lista de medicamentos. **O bien,**
- Nos enteramos de que el medicamento no es seguro. **O bien,**
- Se retire un medicamento del mercado.

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando la Lista de medicamentos cambia, siempre puede hacer lo siguiente:

- Consultar la Lista de medicamentos actualizada de Aetna Better Health Premier Plan en línea en **AetnaBetterHealth.com/Michigan o bien,**
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros para consultar la Lista de medicamentos actual al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Algunos cambios en la Lista de medicamentos se aplicarán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico se encuentra disponible.** A veces, se desarrolla un medicamento genérico nuevo que funciona tan bien como el medicamento de marca que actualmente figura en la Lista de medicamentos. Cuando eso ocurre, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el medicamento genérico nuevo, pero el costo del nuevo medicamento será el mismo.

Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista pero cambiar sus normas o límites de cobertura.

- Es probable que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que entre en efecto.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte el Capítulo 9 de este manual.
- **Se quita un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) indica que el medicamento que usted toma no es seguro o si el fabricante retira el medicamento del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, se lo informaremos. Hable con su médico para encontrar otro medicamento para su afección.

Podemos efectuar otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos por adelantado sobre estos otros cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden suceder si:

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre el medicamento.
- Incorporamos un nuevo medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, **y**
 - Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente se encuentra en la Lista de medicamentos. **O bien,**
 - Cambiamos las normas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

- Se lo notificaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en la Lista de medicamentos. **O bien,**
- Se lo informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite un resurtido.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Pueden ayudarlo a decidir lo siguiente:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar. **O bien,**
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

Podemos efectuar cambios que no afecten los medicamentos que toma. Para este tipo de cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos al **comienzo** del año, por lo general, no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año.**

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, dicho cambio no afectará su uso del medicamento por el resto del año.

F. Cobertura para medicamentos en casos especiales

F1. Si se encuentra en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía

Si ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada para una hospitalización cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la hospitalización. No deberá pagar un copago. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura.

F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

F3. Si se encuentra en un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo.

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

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

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

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

G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura

Cada vez que obtiene un medicamento con receta, buscamos posibles problemas, tales como errores de medicamentos o medicamentos que cumplan con lo siguiente:

- Pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Pueden no ser seguros debido a su edad o sexo.
- Podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Tienen ingredientes a los que es o podría ser alérgico.
- Tienen cantidades peligrosas de medicamentos opioides para el dolor.

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

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

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

Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar lo mejor posible los medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando. Además, obtendrá información sobre el desecho seguro de los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea programar una revisión de medicamentos antes de su consulta anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos 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 si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Estos programas de manejo del tratamiento farmacológico son voluntarios y gratuitos para los miembros que cumplan con los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en él y le enviaremos la información. Si no desea participar en el programa, infórmenos sobre esto y lo retiraremos del programa.

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos opioides de manera segura

Aetna Better Health Premier Plan tiene un programa que puede ayudar a los miembros a utilizar de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que generalmente 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 tuvo recientemente una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con sus médicos, decidimos que su uso de medicamentos opioides o las benzodiazepinas no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Requerirle que obtenga todas las recetas para esos medicamentos **de una determinada farmacia o de un determinado médico.**
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos.

Si consideramos que una o más limitaciones se deben aplicar a usted, le enviaremos una carta con anticipación. Esta carta explicará los límites que creemos que se deben aplicar.

Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier información que crea importante que sepamos. Si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos luego de que haya tenido la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que hemos cometido un error, no está de acuerdo en que se encuentra en riesgo de usar los medicamentos con receta de manera indebida o no está de acuerdo con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le informaremos nuestra decisión. Si continuamos rechazando cualquier parte de su apelación relacionada a las limitaciones a su acceso a estos medicamentos, le enviaremos de manera automática su caso a una entidad de revisión independiente (IRE). (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación y obtener más información sobre la IRE, consulte el Capítulo 9).

Es posible que el DMP no aplique para usted si sucede lo siguiente:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o anemia falciforme. O bien,
- recibe atención en un hospicio, cuidados paliativos o atención en la etapa final de la vida. **O bien,**
- Vive en un centro de atención a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Capítulo 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de Medicare y Medicaid de Michigan

Introducción

En este capítulo, se indica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes externos. Por “medicamentos”, nos referimos a los siguientes:

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

Dado que es elegible para Medicaid de Michigan, recibe “Ayuda adicional” de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda adicional también se llama “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

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

- La *Lista de medicamentos cubiertos* del plan.
 - La denominamos la “Lista de medicamentos”. En esta lista se indican:
 - Qué medicamentos paga el plan.
 - En cuál de los tres (3) niveles se encuentra cada medicamento.
 - Si hay algún límite en los medicamentos.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

Índice

A. La <i>Explicación de beneficios</i> (EOB)	135
B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos	135
C. Un resumen de su cobertura para medicamentos	136
C1. Los niveles del plan.	136
C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	136
C3. Resumen de la cobertura para medicamentos.	137
D. Vacunas	138
D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse	138



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan hace un seguimiento de sus medicamentos con receta. Llevamos un registro de sus costos totales de los medicamentos. Esto incluye el monto de dinero que paga el plan (o que otras personas pagan en su nombre) por sus medicamentos con receta.

Cuando obtiene medicamentos con receta a través del plan, le enviamos un resumen denominado la *Explicación de beneficios*. Nosotros la denominamos EOB, para abreviarla. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información para el mes.** El resumen indica qué medicamentos con receta recibió. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que otros pagaron en su nombre.
- **Información “del año hasta la fecha”.** Son los costos totales de los medicamentos y el total de los pagos que se realizaron por usted desde el 1 de enero.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Este es el precio total del medicamento y el cambio en el porcentaje del precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Medicamentos alternativos de menor costo.** Cuando están disponibles, estos medicamentos alternativos aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Para obtener más información, puede hablar con la persona autorizada a dar recetas.

Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos que se realizaron por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para los costos que paga de su bolsillo de la Parte D.
- Para conocer qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la Lista de medicamentos.

B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos

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

1. Use la identificación de miembro.

Muestre su identificación de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos con receta obtiene.

2. 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 para sus costos totales. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA, por el Servicio de Salud Indígena y por la mayoría de las organizaciones benéficas.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

3. Revise las EOB que le enviamos.

Cuando recibe por correo una EOB, asegúrese de que sea correcta y esté completa. Si considera que algo no es correcto o falta algún dato, o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Asegúrese de guardar estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

C. Un resumen de su cobertura para medicamentos

Como miembro de Aetna Better Health Premier Plan, no paga nada por los medicamentos con receta y de venta libre (OTC) cubiertos siempre y cuando siga las normas de Aetna Better Health Premier Plan.

C1. Los niveles del plan

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

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos y de marca con receta de la Parte D.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos genéricos y de marca con receta de la Parte D.
- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos con receta que no son de la Parte D y medicamentos de venta libre.

C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.AetnaBetterHealth.com/Michigan)**.

C3. Resumen de la cobertura para medicamentos

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

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 90 días	El servicio de pedidos por correo del plan Un suministro para un mes o hasta 90 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red Un suministro para 31 días como máximo	Una farmacia fuera de la red Un suministro para 29 días como máximo. La cobertura está limitada a ciertos casos. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5.
Nivel 1 (Medicamentos genéricos y de marca con receta de la Parte D)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Medicamentos genéricos y de marca con receta de la Parte D)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 (Medicamentos con receta y medicamentos de venta libre que no son de la Parte D)	\$0	El servicio de pedidos por correo no se encuentra disponible para los medicamentos del Nivel 3.	\$0	\$0

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

D. Vacunas

Nuestro plan cubre las vacunas de la Parte D de Medicare. No deberá pagar las vacunas si se las administra un proveedor dentro de la red. Nuestra cobertura para vacunas de la Parte D de Medicare cuenta con dos partes:

1. La primera parte de la cobertura cubre el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
2. La segunda parte de la cobertura cubre el costo de **la administración de la vacuna**. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna en forma de una inyección que le administra su médico.

D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que nos llame primero al Departamento de Servicios para Miembros cuando esté planeando vacunarse.

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacuna.
- Como miembro de Aetna Better Health Premier Plan, usted no paga nada por las vacunas.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

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

Introducción

Este capítulo le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar un pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos	140
B. Cómo enviar una solicitud de pago.....	142
C. Decisiones de cobertura	143
D. Apelaciones	143



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/michigan)**.

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

No debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red le deben facturar al plan los servicios y medicamentos que usted ya ha recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos la factura, consulte la página 140.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a pedir que se le reembolse el dinero.
- Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, se lo informaremos.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con su coordinador de atención o con el Departamento de Servicios para Miembros. Si recibe una factura y no sabe qué tiene que hacer con ella, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos información acerca de una solicitud de pago que nos envió.

Estos son ejemplos de casos en los que es posible que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que recibió:

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

Debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, pídanos un reembolso. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya hecho.
 - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya pagó por el servicio, le reembolsaremos el monto.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan cuando obtenga servicios o medicamentos con receta. La facturación incorrecta/inadecuada es una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto del costo compartido del plan por los servicios. **Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no comprende.**

- Como Aetna Better Health Premier Plan paga el costo total de los servicios, usted no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo. Los proveedores no deberían facturarle nada por estos servicios.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenla. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.
- Si ya pagó la factura de un proveedor de la red, envíenos la factura junto con el comprobante de los pagos que haya hecho. Le reembolsaremos el monto correspondiente a los servicios cubiertos.

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

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

- Solo en muy pocos casos, cubriremos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida el reembolso.
- Para conocer más acerca de las farmacias fuera de la red, consulte el Capítulo 5.

4. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su identificación de miembro

Si usted no lleva con usted su tarjeta de identificación de miembro, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida el reembolso.

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

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

- El medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan, o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar su costo total.
 - Si no paga el medicamento, pero considera que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9).
 - Si usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas consideran que usted necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión rápida de cobertura (consulte el Capítulo 9).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico u otra persona autorizada a dar recetas 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 se debe cubrir, pagaremos el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión.

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

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya hecho. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su coordinador de atención.

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

Aetna Better Health Premier Plan
Attn: Member Services
7400 West Campus Road
New Albany OH 43054

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio o producto.

Envíenos su solicitud de pago de los **medicamentos con receta** junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Aetna Pharmacy Management
PO Box 52446
Phoenix, AZ 85072-2446

- Puede completar un formulario de reclamaciones para solicitar un pago para que tengamos toda la información que necesitamos para tomar una decisión.
- Puede obtener una copia del formulario de reclamación en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedir el formulario de reclamaciones.
- No tiene que utilizar el formulario de reclamaciones, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Debe presentarnos la reclamación de farmacia dentro de los 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio de farmacia, producto o medicamento.

También puede llamar a nuestro plan para solicitar un pago. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si su atención médica o su medicamento están cubiertos por el plan. También decidiremos el monto, si lo hubiera, que usted deberá pagar por la atención médica o el medicamento.

- Le informaremos si necesitamos más información.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtenerlos, los pagaremos. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un cheque en concepto de lo que usted pagó. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

En el Capítulo 3, se explican las normas para obtener cobertura para los servicios. En el Capítulo 5, se explican las normas para obtener cobertura para los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos que no pagaremos el servicio o medicamento, le enviaremos una carta con la explicación de los motivos. La carta también le explicará sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

D. Apelaciones

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos la decisión. Esto se denomina presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.

- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte la página 180.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la página 182.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo, encontrará sus derechos y responsabilidades como miembro del plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Su derecho a que le proporcionemos información de una manera que satisfaga sus necesidades	145
B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	146
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)	147
C1. Cómo protegemos su PHI.....	147
C2. Tiene derecho a ver sus registros médicos	147
D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca del plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos.....	148
E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente.....	149
F. Su derecho a abandonar el plan	149
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.....	150
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica	150
G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica usted mismo.....	150
G3. Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones	152
H. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado	152
H1. Qué hacer si siente que está siendo tratado injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos	152
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	153
J. Sus opiniones y recomendaciones	155
K. Nuevas tecnologías.....	155



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que se encuentre en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o a su coordinador de atención al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder preguntas en distintos idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Los materiales están disponibles en español.
- Si tiene dificultad para obtener información de nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o una discapacidad, y desea presentar un reclamo, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede presentar un reclamo ante Medicaid de Michigan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Tenemos la obligación de avisarle sobre los beneficios del plan, su salud, sus opciones de tratamiento y sus derechos, de una manera que usted pueda entenderlo. Tenemos la obligación de avisarle cuáles son sus derechos cada año que usted estén nuestro plan.

- Para obtener información en una forma que pueda entenderla, llame a Servicios al miembro, al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana o te importa coordinador al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**.
- Nuestro plan tiene personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas. Nuestro plan puede proveerle los materiales en otros idiomas además de inglés y en formatos como letra grande, braille, audio o cintas de vídeo en lenguaje a señas americano. Los materiales están disponibles en español.
 - Si usted desea hacer una solicitud para recibir permanentemente los materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alterno, usted puede llamar a Servicios al Miembro de Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY al 711)**, 24 horas al día, 7 días de la semana. Usted puede obtener este documento en español, o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas gratuitamente. Llame al **1-855-676-5772 (TTY al 711)**.
 - Para cambiar su solicitud permanente para materiales, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si tiene problemas para obtener información de su plan por problemas de idioma alguna discapacidad y quiere presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas al día, siete días a la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted también podrá presentar una queja ante el estado de Michigan Medicaid. Por favor, consulte el capítulo 9 para más información.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También tiene derecho a cambiar el PCP dentro de su plan de salud. Encontrará más información sobre cómo elegir un PCP en el Capítulo 3.
 - Llame al Departamento de Servicios para Miembros o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber más acerca de los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer sin necesidad de obtener una remisión. Se denomina remisión a la aprobación de su PCP para consultar a alguien que no sea su PCP.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas.
 - Si no puede recibir los servicios durante un período de tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención de urgencia sin aprobación previa.
- Usted tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de la red, sin demoras prolongadas.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)

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

Su PHI incluye la información que nos suministró cuando se inscribió en este plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le entregamos un aviso por escrito que brinda información sobre estos derechos. El aviso se denomina “Aviso sobre prácticas de privacidad”. El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguraremos de que ninguna persona no autorizada vea ni modifique sus registros.

En la mayoría de los casos, no les proporcionamos su PHI a las personas que no le brindan atención médica ni pagan los costos de su atención. Si lo hacemos, debemos obtener un permiso por escrito de su parte primero. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones en su nombre.

Hay ciertos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.

- Debemos divulgar PHI a agencias del gobierno que controlan la calidad de nuestra atención.
- Debemos entregarle su PHI a Medicare y Medicaid de Michigan. Si Medicare o Medicaid de Michigan divulgan su información con fines de investigación o para otros fines, se hará de conformidad con las leyes federales y estatales.

C2. Tiene derecho a ver sus registros médicos

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

- Brindamos la primera copia de sus registros médicos sin costo.
- Tenemos permitido cobrarle una tarifa razonable por hacer copias adicionales de sus registros médicos.

Tiene derecho a modificar o corregir la información que aparece en sus registros médicos. La corrección formará parte de sus registros.

Usted tiene derecho a saber si se ha compartido su PHI con otras personas y la manera en que se hizo.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca del plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos

Como miembro de Aetna Better Health Premier Plan, usted tiene derecho a que le proporcionemos información. Si no habla inglés, contamos con servicios gratuitos de intérpretes para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Este es un servicio gratuito. Puede obtener materiales escritos en español. También puede obtener servicios de interpretación en cualquier otra lengua materna que no sea inglés. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros si desea obtener información acerca de lo siguiente:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - Información financiera
 - Cómo los miembros del plan lo calificaron
 - La cantidad de apelaciones realizadas por los miembros
 - Cómo dejar el plan
- Nuestros proveedores y nuestras farmacias de la red, que incluye lo siguiente:
 - Cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria
 - Las calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
 - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red
 - Para obtener una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Servicios y medicamentos cubiertos y sobre las normas que debe cumplir, que incluye lo siguiente:
 - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan
 - Límites de su cobertura y medicamentos
 - Normas que debe cumplir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos
- Los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto, que incluye lo siguiente:
 - Explicar por escrito los motivos por lo que algo no está cubierto
 - Cambiar una decisión que tomamos
 - Pagar una factura que usted recibió

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores en nuestra red no pueden hacerle pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si les pagamos menos de lo que el proveedor nos cobró. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red trata de cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7.

F. Su derecho a abandonar el plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no quiere.

- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de los servicios de atención médica a través de Original Medicare o de un plan Medicare Advantage.
- Puede recibir sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos con receta o de un plan Medicare Advantage.
- Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos con receta, consulte el Capítulo 10.
- Si existe otro plan de MI Health Link en su área de servicio, también puede cambiarse a un plan de MI Health Link diferente y seguir recibiendo los beneficios coordinados de Medicare y Medicaid de Michigan.
- Puede obtener sus beneficios de Medicaid de Michigan a través de Original Medicaid (pago por servicio) de Michigan.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.AetnaBetterHealth.com/Michigan)**.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica cuando recibe servicios. Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Tiene derecho a lo siguiente:

- **Conozca sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamientos.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados. Se le debe informar por adelantado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opción.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir un tratamiento.
- **Decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si rechaza el tratamiento o dejar de tomar un medicamento, no será dado de baja del plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume la responsabilidad total de lo que le ocurra.
- **Solicítenos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor denegó la atención.** Tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha denegado atención que usted considera que debería recibir.
- **Solicítenos que cubramos un servicio o medicamento que le fue denegado o que no suele tener cobertura.** A esto se lo denomina una “decisión de cobertura”. El Capítulo 9 indica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica usted mismo

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

- Completar un formulario por escrito a fin de **otorgarle a alguien el derecho a tomar decisiones sobre la atención médica por usted.**
- **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 usted mismo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

El documento legal que puede utilizar para dar las instrucciones se denomina instrucciones anticipadas. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Algunos ejemplos son las instrucciones anticipadas psiquiátricas y un poder de representación duradero para la atención médica.

Este es un buen momento de escribir sus instrucciones anticipadas porque así podrá dar a conocer sus deseos mientras se encuentra saludable. El consultorio de su médico tiene instrucciones anticipadas para que complete y le informe al médico lo que desea que se haga. Sus instrucciones anticipadas a menudo incluyen una orden de no reanimar. Algunas personas hacen esto después de hablar con su médico acerca de su estado de salud. Con esto proporciona un aviso por escrito a los trabajadores de atención médica que pueden brindarle tratamiento en caso de que usted deje de respirar o su corazón deje de latir. Su médico puede ayudarlo con esto si le interesa.

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

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información a las personas acerca de Medicare o Medicaid de Michigan, como el Programa del defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado de Michigan, también pueden tener formularios de instrucciones anticipadas. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros y solicitar los formularios.
- **Complete y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias a las personas que deben saber lo que contiene.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico. También debe entregarle una copia a la persona que nombre para que tome las decisiones por usted. Es recomendable que también les entregue copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Asegúrese de guardar una copia en casa.
- Si deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital.**

En el hospital se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.

Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección llenar un formulario de instrucciones anticipadas o no.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

G3. ¿Qué debe hacer si sus instrucciones no se siguen?

En Michigan, sus instrucciones anticipadas tienen un efecto vinculante en médicos y hospitales. Sin embargo, si cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones anticipadas que estableció, puede presentar un reclamo ante el Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios de Michigan, Oficina de la Comunidad y los Sistemas de Salud llamando al 1-800-882-6006.

H. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

En el Capítulo 9, se le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, podría pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar un reclamo.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

H1. Qué hacer si siente que está siendo tratado injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos

Si siente que se lo ha tratado injustamente, y dicho trato **no** se relaciona con discriminación por los motivos que figuran en el Capítulo 11, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a los siguientes teléfonos:

- Departamento de Servicios para Miembros.
- Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP). En Michigan, el SHIP se denomina Programa de asistencia de Medicare/Medicaid (MMAAP). Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar el documento “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare) del sitio web de Medicare en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
- Programa del defensor del pueblo de MI Health Link. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de realizar lo que se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- **Consulte el *Manual para miembros*** para saber qué está cubierto y qué normas debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre lo siguiente:
 - Servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. Esos capítulos le informan lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que usted paga.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos con receta** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Si tiene otra cobertura, llame al Departamento de Servicios para Miembros.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica** que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención médica a que le brinden la mejor atención.
 - Proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus proveedores acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que está tomando. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Sus médicos y otros proveedores le deben dar explicaciones que usted pueda comprender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que sea respetuoso en el consultorio del médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para casi todos los miembros de Aetna Better Health Premier Plan, Medicaid de Michigan paga la prima de la Parte A y la prima de la Parte B.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.AetnaBetterHealth.com/Michigan)**.

- En el Capítulo 4, se proporciona información adicional sobre el monto pagado por el paciente (PPA) por los servicios del centro de atención de enfermería.
- La prima que tenga del programa Libertad para trabajar. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para trabajar, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan (MDHHS). Puede encontrar la información de contacto de su oficina local del MDHHS en el sitio web www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.html.
- **Si recibe algún servicio o medicamento sin cobertura de nuestro plan, debe pagar el costo total.** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro del plan.** Solo aquellas personas que viven en nuestra área de servicio pueden recibir los servicios de Aetna Better Health Premier Plan. El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare en su nueva ubicación. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
 - Además, asegúrese de informarles a Medicare y Medicaid de Michigan su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono de Medicare y Medicaid de Michigan.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Debemos mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.
- Los inscritos de 55 años o más que reciben servicios de atención a largo plazo pueden estar sujetos a la recuperación del patrimonio en el momento de su muerte. Para obtener información, puede hacer lo siguiente:
 - Ponerse en contacto con su coordinador de atención, ◉
 - llamar a la línea de ayuda de beneficiarios al 1-800-642-3195, ◉
 - visitar el sitio web en www.michigan.gov/estatererecovery, ◉
 - enviar preguntas por correo electrónico a MDHHS-EstateRecovery@michigan.gov

J. Sus opiniones y recomendaciones

Como miembro, usted tiene derecho a ponerse en contacto con nosotros en cualquier momento para expresar sus opiniones y presentar recomendaciones sobre la Política de derechos y responsabilidades de Aetna Better Health of Michigan. Llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, para hablar con un representante del Departamento de Servicios para Miembros o póngase en contacto con su administrador de atención.

K. Nuevas tecnologías

Aetna Better Health revisa las nuevas tecnologías para saber si se pueden usar para nuestros miembros. Nuestros médicos analizan los nuevos tratamientos según estén disponibles para saber si los debemos agregar a nuestro plan de beneficios. Aetna Better Health revisa las siguientes áreas por lo menos una vez al año.

- Servicios médicos.
- Servicios de salud conductual.
- Farmacia.
- Equipo médico



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o un reclamo sobre su plan.
- Necesita un servicio, un producto o un medicamento que su plan ha indicado que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan tomó respecto de su atención.
- Cree que sus servicios cubiertos finalizan demasiado pronto.

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando.

Si se enfrenta a un problema relacionado con su salud o los servicios y apoyos a largo plazo

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y otros servicios y apoyos que su médico u otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención. Primero debe probar trabajar con sus proveedores y Aetna Better Health Premier Plan. **Si continúa teniendo problemas con su atención o nuestro plan, puede llamar al defensor del pueblo de MI Health Link al 1-888-746-6456.** En este capítulo, se explican las diferentes opciones con las que cuenta para los distintos problemas y reclamos, pero siempre puede llamar al defensor del pueblo de MI Health Link para que lo guíen en la resolución del problema. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y sobre cómo contactarse con ellos, consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas del defensor del pueblo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema.	159
A1. Acerca de los términos legales	159
B. Dónde puede llamar para obtener ayuda	159
B1. Dónde puede obtener más información y ayuda	159
C. Qué proceso usar para obtener ayuda con su problema.	161
C1. Cómo usar el proceso para presentar decisiones de cobertura y apelaciones o para hacer un reclamo	161
D. Decisiones de cobertura y apelaciones	161
D1. Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones.	161
D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones	162
D3. Qué sección de este capítulo le ayudará	163
E. Problemas relacionados con los servicios, los productos y los medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)	165
E1. Cuándo utilizar esta sección.	165
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	166
E3. Apelaciones internas para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D).	168
E4. Apelaciones externas para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D).	174
E5. Problemas con pagos	180
F. Medicamentos de la Parte D	182
F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea un reembolso por un medicamento de la Parte D.	182
F2. Qué es una excepción	183
F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones	184
F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción	185
F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D	188
F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D	190



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada	192
G1. Conozca sus derechos de Medicare	192
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital	193
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital	196
G4. Qué sucede si se vence el plazo de la apelación	197
H. Qué debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, la atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto	199
H1. Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura	199
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención	200
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención	202
H4. Qué sucede si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1	203
I. Opciones de apelaciones después del Nivel 2 o apelaciones externas	205
I1. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicare	205
I2. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicaid de Michigan	205
J. Cómo presentar un reclamo	206
J1. Sobre qué tipos de problemas deben ser los reclamos	206
J2. Reclamos internos	208
J3. Reclamos externos	209



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

A. Qué debe hacer si tiene un problema

En este capítulo, se le indicará qué hacer si tiene un problema con su plan, con los servicios o con el pago. Medicare y Medicaid de Michigan aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

A1. Acerca de los términos legales

Existe terminología legal compleja para algunas de las normas y los plazos de este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por eso hemos utilizado palabras más simples en vez de ciertos términos legales. Evitamos al máximo el uso de abreviaturas.

Por ejemplo, aparecerá:

- “Presentar un reclamo” en lugar de “interponer una queja”.
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”.
- “Decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”.

Saber el significado de los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, por eso también los explicamos.

B. Dónde puede llamar para obtener ayuda

B1. Dónde puede obtener más información y ayuda

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para resolver un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Usted puede obtener ayuda del Defensor del pueblo de MI Health Link

Si necesita ayuda para obtener respuestas a sus preguntas o comprender lo que debe hacer para resolver su problema, puede llamar al Defensor del pueblo de MI Health Link. El Defensor del pueblo de MI Health Link no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros. Pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar. El número de teléfono del Defensor del pueblo de MI Health Link es 1-888-746-6456. Los servicios son gratuitos. Para obtener más información sobre el programa del defensor del pueblo, consulte el Capítulo 2.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Usted puede obtener ayuda del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)

También puede llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP). En Michigan, al SHIP se lo denomina Programa de asistencia de Medicare/Medicaid (MMA) de Michigan. Los asesores del MMA pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué debe hacer para resolver su problema. El MMA no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El MMA cuenta con asesores capacitados, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del MMA es 1-800-803-7174. También puede encontrar información en el sitio web del MMA en mmainc.org.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda para resolver sus problemas. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Cómo obtener ayuda de Medicaid de Michigan

También puede llamar a Medicaid de Michigan para obtener ayuda para resolver sus problemas. Llame a la Línea de ayuda de beneficiarios de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 07:00 p. m. al 1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656), o al 1-800-975-7630 si llama desde un servicio telefónico basado en Internet. También puede enviar un correo electrónico a beneficiarysupport@michigan.gov.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

C. Qué proceso usar para obtener ayuda con su problema

C1. Cómo usar el proceso para presentar decisiones de cobertura y apelaciones o para hacer un reclamo

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para resolver sus problemas o reclamos.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?	
<p>(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo o los medicamentos con receta).</p>	
<p>Sí.</p> <p>Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 161.</p>	<p>No.</p> <p>Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección J: “Cómo presentar un reclamo” en la página 206.</p>

D. Decisiones y apelaciones de cobertura

D1. Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones

El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura. También incluye problemas con los pagos.

NOTA: Los servicios de salud conductual están cubiertos por el Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP). Esto incluye servicios y apoyos de salud mental, por discapacidad intelectual o del desarrollo y para trastorno por abuso de sustancias. Comuníquese con su PIHP para obtener información sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones sobre servicios de salud conductual.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o en relación con el monto que pagaremos por sus servicios médicos, productos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. También tomamos una decisión de cobertura cada vez que nos pide aumentar o cambiar el monto de un servicio, producto o medicamento que ya está recibiendo.

Si usted o sus proveedores no están seguros de si Medicare o Medicaid de Michigan cubre un servicio, producto o medicamento, cualquiera de los dos puede solicitar una decisión de cobertura antes de que usted obtenga el servicio, producto o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y que la modifiquemos, si considera que hubo un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, producto o medicamento que usted desea no esté cubierto o que no sea médicamente necesario para usted. Si usted o su proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.

D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

¿A quién puedo pedirle ayuda para solicitar decisiones de cobertura o presentar una apelación?

Puede pedir ayuda a cualquier de los que se mencionan a continuación:

- Llame a su **coordinador de atención** al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Llame al **Departamento de Servicios para Miembros** al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre.
- Llame al **Defensor del pueblo de MI Health Link** para obtener ayuda gratuita. El Defensor del pueblo de MI Health Link puede ayudarle con las preguntas o los problemas que tenga sobre MI Health Link o nuestro plan El Defensor del pueblo de MI Health Link es un programa independiente y no está relacionado con este plan. El número de teléfono es 1-888-746-6456.
- Llame al **Programa de asistencia de Medicare o Medicaid de Michigan (MMA)** para obtener ayuda gratuita. El MMA es una organización independiente. No tiene ninguna relación con este plan. El número de teléfono es 1-800-803-7174.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúe en su nombre. Usted puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación. Su representante designado tendrá los mismos derechos que tiene usted en cuanto a la solicitud de una decisión de cobertura o la presentación una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida el formulario de “Nombramiento de un representante”.
 - También puede obtener el formulario en el sitio web www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. El formulario le otorga a la persona el permiso para que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado** para que actúe por usted. Puede llamar a su propio abogado, o buscar a otro profesional del colegio de abogados local o de otro servicio de remisión. Si decide tener un abogado, debe pagar esos servicios legales. Sin embargo, algunos grupos legales le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Si quiere que lo represente un abogado, deberá completar el formulario de "Nombramiento de un representante".
 - Sin embargo, no es necesario que tenga un abogado para que pida algún tipo de decisión de cobertura o presente una apelación.

D3. Qué sección de este capítulo le ayudará

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. Este capítulo está dividido en distintas secciones para ayudarle a encontrar las normas que debe cumplir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema:**

- **La Sección E en la página 165** proporciona información sobre qué debe hacer si tiene problemas con los servicios, productos y ciertos medicamentos (pero **no** con los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si sucede lo siguiente:
 - No está recibiendo la atención médica ni otros servicios y apoyos que quiere y cree que nuestro plan cubre esta atención.
 - No aprobamos los servicios, productos o medicamentos que su médico quiere darle y usted considera que esta atención debería estar cubierta y que es médicamente necesaria.
 - **NOTA:** Solo use la Sección E si se trata de medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos en la *Lista de medicamentos cubiertos*, también llamada Lista de medicamentos, con un asterisco (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F en la página 182 para obtener información sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Recibió atención médica u otros servicios y apoyos que cree que deberían estar cubiertos, pero no pagamos por esta atención.
- Recibió y pagó atención médica u otros servicios y apoyos que usted creía que estaban cubiertos, y quiere solicitarnos que le reembolsemos el dinero.
- Le notifican que la cobertura de la atención médica que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Consulte la Sección G y la Sección H en las páginas 192 y 199.
- **La Sección F en la página 182** proporciona información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si sucede lo siguiente:
 - Desea solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.
 - Quiere solicitarnos que no apliquemos límites en la cantidad de medicamento que puede obtener.
 - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
 - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas consideran que deberíamos haberlo hecho.
 - Quiere solicitarnos que paguemos un medicamento con receta que usted ya compró. (Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre un pago).
- **La Sección G en la página 192** proporciona información sobre cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si sucede lo siguiente:
 - Está en el hospital y cree que el médico le solicitó que deje el hospital demasiado pronto.
- **La Sección H en la página 199** proporciona información sobre lo que debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, los servicios en centros de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a su coordinador de atención al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al Defensor del pueblo de MI Health Link al 1-888-746-6456.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

E. Problemas relacionados con los servicios, los productos y los medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

E1. Cuándo utilizar esta sección

Esta sección trata sobre lo que debe hacer si tiene problemas con los beneficios de atención médica u otros servicios y apoyos. También puede recurrir a esta sección si tiene problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos de la Lista de medicamentos con un asterisco (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F para obtener información sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D.

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

1. Cree que cubrimos un servicio médico u otros servicios y apoyos que necesita pero que no recibe.
Qué puede hacer: puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página 166 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.
2. No aprobamos la atención que su proveedor desea brindarle y usted cree que deberíamos hacerlo.
Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Consulte la Sección E3 en la página 168 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
3. Recibió servicios o productos que cree que cubrimos pero no pagaremos.
Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 en la página 168 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
4. Recibió y pagó servicios o productos que usted creía que estaban cubiertos, y quiere que le reembolsemos el dinero por los servicios o productos.
Qué puede hacer: Puede pedirnos un reembolso. Consulte la Sección E5 en la página 180 para obtener información sobre cómo solicitar un pago.
5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para un determinado servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el servicio. Consulte la Sección E3 en la página 168 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que se cancelará es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada o para los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), se aplican normas especiales. Lea la Sección G o la Sección H en las páginas 192 y 199 para obtener más información.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener atención médica o servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Para solicitar una decisión de cobertura, llame, escriba o envíe un fax, o pídale a su representante o médico que nos solicite una decisión.

- Puede llamarnos al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Puede enviarnos un fax al 1-844-241-2495
- Puede escribirnos a:

Aetna Better Health Premier Plan
7400 W. Campus, MC F499
New Albany, OH 43054

- **NOTA:** Su Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) tomará decisiones de cobertura para servicios y apoyos de salud conductual, por discapacidad intelectual o del desarrollo y para trastornos por abuso de sustancias. Comuníquese con su PIHP para obtener más información.

¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de cobertura?

Por lo general, puede demorar hasta 14 días calendario después de su consulta, la de su representante o su proveedor, a menos que su solicitud sea de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare. Si su solicitud es sobre un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una decisión antes de las 72 horas de recibida su solicitud. Si no le enviamos nuestra decisión dentro de los 14 días calendario (o 72 horas para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare), puede presentar una apelación.

En ocasiones, necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta en la que se le informará que necesitamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. La carta le explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos demorar más tiempo para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas (o 24 horas para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare).

Sin embargo, en ocasiones, necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta en la que se le informará que necesitamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. La carta le explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos demorar más tiempo para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

El término legal para “decisión rápida de cobertura” es **“determinación acelerada”**.

Cómo solicitar una “decisión rápida de cobertura”:

- Si solicita una decisión rápida de cobertura, comience por llamar o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que cubramos la atención que desea.
- Puede llamarnos al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o enviarnos un fax al 1-844-241-2495. Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte el Capítulo 2.
- También puede pedirle a su médico o representante que nos llamen.

A continuación, se mencionan las normas para solicitar una decisión rápida de cobertura:

Debe cumplir con los dos requisitos a continuación para obtener una decisión rápida de cobertura:

1. Podrá obtener una decisión rápida de cobertura solo si su pedido hace referencia a la cobertura para servicios o productos que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica o del producto que ya recibió).
2. Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura solo si el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para medicamentos con receta de la Parte B de Medicare) pudiera poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
 - Si su proveedor dice que necesita una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Si nos pide una decisión rápida de cobertura sin el respaldo de su proveedor, decidiremos si se le otorgará una decisión rápida de cobertura.
 - Si decidimos que su afección no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta. También usaremos el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para medicamentos con receta de la Parte B de Medicare) en su lugar.
 - En esta carta se le dirá que, si su proveedor le pide una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.
 - En la carta también se le explicará cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de una decisión rápida de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J en la página 206.

¿Cómo me enteraré de la respuesta del plan acerca de mi decisión de cobertura?

Le enviaremos una carta para informarle si aprobamos la cobertura o no.

Si la decisión de cobertura es negativa, ¿cómo me enteraré?

Si la respuesta es **negativa**, le enviaremos una carta en la que le daremos nuestros motivos para **rechazarla**.

- Si la **rechazamos**, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión a través de una apelación. Presentar una apelación implica solicitarnos que revisemos nuestra decisión de negarle la cobertura.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al proceso de apelaciones internas (consulte la siguiente sección para obtener más información).

E3. Apelaciones internas para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión de cobertura (denegación) o una medida adversa que tomamos. Si usted o su proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.

NOTA: Su Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) gestiona las apelaciones sobre servicios y apoyos de salud conductual, por discapacidad intelectual o del desarrollo y para trastornos por abuso de sustancias. Comuníquese con su PIHP para obtener más información.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar al Defensor del pueblo de MI Health Link al 1-888-746-6456. El Defensor del pueblo de MI Health Link no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

¿Qué es una medida adversa?

Una medida adversa es una medida, o la falta de esta, que toma nuestro plan y usted puede apelar. Esto incluye lo siguiente:

- Denegamos o limitamos un servicio o producto que su proveedor solicitó.
- Redujimos, suspendimos o finalizamos la cobertura que ya estaba aprobada.
- No pagamos un servicio o producto que usted cree que está cubierto.
- No resolvimos su solicitud de autorización dentro de los plazos solicitados.
- No pudo obtener un servicio o producto cubierto de un proveedor de nuestra red dentro de un plazo razonable; ●
- No actuamos dentro de los plazos establecidos para revisar una decisión de cobertura y comunicarle la decisión tomada.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/betterhealth/michigan)**.

¿Qué es una apelación interna?

Una apelación interna (también denominada apelación de Nivel 1) es la primera apelación que puede presentar ante nuestro plan. Revisaremos la decisión de cobertura para determinar si es correcta. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión de cobertura original. Cuando completemos la revisión, le daremos nuestra decisión por escrito y le informaremos qué puede hacer a continuación si no está de acuerdo con la decisión.

Debe solicitar una apelación interna antes de que pueda solicitar una apelación externa según la Sección E4 detallada debajo.

Puede pedirnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

¿Cómo puedo presentar una apelación interna?

- Para iniciar la apelación, usted, su representante o su proveedor deben ponerse en contacto con nosotros. Puede llamarnos al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Para obtener información adicional sobre cómo comunicarse con nosotros por las apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- Puede pedirnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
 - Puede enviar una solicitud a la siguiente dirección:

Aetna Better Health Premier Plan
Attn: Grievance & Appeals Department
P.O. Box 818070
Cleveland, OH 44181

Para apelaciones de la Part D:

Aetna Better Health Premier Plan
Part D Appeals
Pharmacy Department
4500 E. Cotton Center Blvd.
Phoenix, AZ 85040

En resumen: Cómo presentar una apelación interna

Usted, su médico o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviarnosla por correo o fax. También puede solicitarnos una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Si usted presenta una apelación porque le informamos que un servicio que está recibiendo se cambiará o interrumpirá, tiene menos días para apelar si desea que el plan siga brindándole dicho servicio mientras se procesa la apelación.
- Siga leyendo esta sección para obtener más información sobre qué plazo corresponde a su apelación.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- También puede solicitar una apelación llamándonos al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

¿Puede otra persona presentar la apelación por mí?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden presentar la apelación por usted. Asimismo, alguien además de su médico u otro proveedor pueden presentar la apelación por usted. Pero usted primero debe completar un formulario de Nombramiento de un representante. El formulario le otorga a la otra persona el permiso para que actúe en su nombre.

Para obtener un formulario de Nombramiento de un representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite uno, o visite el sitio web www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.

Debemos recibir el formulario de Nombramiento de un representante completo antes de que podamos revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación interna?

Debe solicitar una apelación interna **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión.

Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Estos son algunos ejemplos de buenas razones: estuvo en el hospital o le dimos información incorrecta sobre el plazo para solicitar una apelación. Debe explicar el motivo de la demora de su apelación cuando presente su apelación.

NOTA: Si usted presenta una apelación porque le informamos que un servicio que está recibiendo se cambiará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si desea que el plan siga brindándole dicho servicio mientras se procesa la apelación. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones internas?” en la página 173 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia del archivo de mi caso?

Sí. Pídanos una copia sin costo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

¿Mi proveedor puede darles más información sobre mi apelación?

Sí. Usted y su proveedor pueden darnos más información para respaldar su apelación.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Hacemos una revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica u otros servicios y apoyos. Luego, verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos pedírsela a usted o su médico.

¿Cuándo me enteraré de la decisión de apelación “estándar”?

Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario después de recibir su apelación (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare). Le comunicaremos nuestra decisión antes si su afección así lo exige.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos que necesitamos tomarnos más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J en la página 206.
- Si no respondemos a su apelación en un plazo de 30 días calendario (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare) o al finalizar los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso para una apelación externa si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicare. Cuando esto suceda, se lo notificaremos. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid de Michigan, puede presentar una apelación externa usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación externa, consulte la Sección E4 en la página 174.

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o brindarle la cobertura en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare).

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicare, en la carta le informaremos que enviamos su caso automáticamente a la Entidad de revisión independiente para una apelación externa. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid de Michigan, en la carta le comunicaremos cómo presentar una apelación externa usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación externa, consulte la Sección E4 en la página 174.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

¿Cuándo me enteraré de la decisión de apelación “rápida”?

Si solicita una apelación rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su afección así nos lo exige.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomarnos más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J en la página 206.
- Si no respondemos su apelación en un plazo de 72 horas o al finalizar los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso para una apelación externa si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicare. Cuando esto suceda, se lo notificaremos. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid de Michigan, puede presentar una apelación externa usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación externa, consulte la Sección E4 en la página 174.

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicare, en la carta le informaremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una apelación externa. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid de Michigan, en la carta le comunicaremos cómo presentar una apelación externa usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación externa, consulte la Sección E4 en la página 174.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones internas?

Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio que se aprobó previamente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta. Si presenta su apelación interna en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestro aviso o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista de la medida, continuaremos brindándole beneficios por el servicio mientras la apelación interna esté pendiente.

Si presenta una apelación para obtener un servicio nuevo de nuestro plan, entonces no recibirá ese servicio salvo que su apelación haya terminado y la decisión haya sido que debemos cubrir el servicio.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

E4. Apelaciones externas para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

Si el plan rechaza la apelación interna, ¿qué sucede después?

Debe solicitar una apelación interna y obtener una decisión de nosotros antes de que pueda solicitar una apelación externa.

Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación interna, le enviaremos un aviso de denegación de la apelación. Este aviso se denomina Aviso de decisión sobre la apelación. En este aviso se le informará si, por lo general, Medicare o Medicaid de Michigan cubren el servicio o producto.

- Si su problema es sobre un servicio o producto de Medicare, automáticamente recibirá una apelación externa ante la Entidad de revisión independiente (IRE) no bien se complete la apelación interna.
- Si su problema es sobre un servicio o producto de Medicaid de Michigan, puede presentar una apelación externa usted mismo ante la Oficina de Audiencias Administrativas y Normas de Michigan (MOAHR) o una solicitud para una revisión externa ante el Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS) de Michigan. En este Aviso de decisión sobre la apelación, se le comunicará cómo hacerlo. También encontrará información en la página 205.
- Si su problema es sobre un servicio o producto que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid de Michigan, de manera automática recibirá una apelación externa con la IRE. También puede solicitar una apelación externa ante la MOAHR o una revisión externa ante el DIFS.

¿Qué es una apelación externa?

Una apelación externa (también denominada apelación de Nivel 2) es la segunda apelación, que la realiza una organización independiente que no está conectada con el plan. La organización de apelaciones externas de Medicare se denomina Entidad de revisión independiente (IRE). Una apelación externa de Medicaid de Michigan es una audiencia imparcial a través de la Oficina de Audiencias Administrativas y Normas de Michigan (MOAHR). También tiene derecho a solicitar una revisión externa de las denegaciones de servicios de Medicaid de Michigan a través del Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS) de Michigan.

Mi problema es sobre un servicio o producto cubierto por Medicaid de Michigan. ¿Cómo puedo presentar una apelación externa?

Existen dos maneras de presentar una apelación externa para los servicios o productos de Medicaid de Michigan: (1) una audiencia imparcial o (2) una revisión externa.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

1. Audiencia imparcial

Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial de la Oficina de Audiencias Administrativas y Normas de Michigan (MOAHR). Una audiencia imparcial es una revisión justa de una decisión tomada por nuestro plan. Puede solicitar una audiencia imparcial después de la apelación interna ante nuestro plan. Además, si no recibe un aviso sobre su apelación o una decisión sobre su apelación dentro del plazo que su plan tiene para responder a su apelación, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid de Michigan.

Debe solicitar una audiencia imparcial **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha del Aviso de decisión sobre la apelación.

NOTA: Si usted solicita una audiencia imparcial porque le informamos que un servicio que recibe se cambiará o interrumpirá, **tiene menos días para presentar su solicitud** si desea seguir recibiendo dicho servicio mientras su audiencia imparcial está pendiente. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones externas?” en la página 178 para obtener más información.

Para solicitar una audiencia imparcial de la MOAHR, debe completar un formulario de solicitud de audiencia. Le enviaremos un formulario de solicitud de audiencias junto con el Aviso de decisión sobre la apelación. También puede obtener el formulario llamando a la Línea de ayuda de beneficiarios de Medicaid de Michigan al 1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656), o al 1-800-975-7630 si llama de un servicio telefónico basado en Internet, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 07:00 p. m. Complete el formulario y envíelo a:

Michigan Office of Administrative Hearings and Rules (MOAHR)
PO Box 30763
Lansing, MI 48909
FAX: 517-335-6696

También puede solicitar una audiencia imparcial acelerada (rápida) si escribe o envía un fax con la información que aparece anteriormente.

Después de que la MOAHR reciba su solicitud de audiencia imparcial, usted recibirá una carta en la que se le comunicará la fecha, la hora y el lugar de su audiencia. Por lo general, las audiencias se realizan por teléfono, pero puede solicitar que su audiencia se lleve a cabo en persona.

La MOAHR debe proporcionarle una respuesta por escrito en un plazo de 90 días calendario a partir de la fecha en que recibe su solicitud de audiencia imparcial. Si reúne los requisitos para una audiencia imparcial acelerada, la MOAHR debe proporcionarle una respuesta en un plazo de 72 horas. Sin embargo, si la MOAHR necesita reunir más información que pueda beneficiarle, puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.

Después de que reciba la decisión final de la MOAHR, tendrá 30 días calendario a partir de la fecha de la decisión para presentar una solicitud para una nueva audiencia/reconsideración o para presentar una apelación ante el Tribunal de circuito.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

2. Revisión externa

También tiene derecho a solicitar una revisión externa a través del Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS) de Michigan. Primero debe completar nuestro proceso de apelaciones internas antes de que pueda solicitar este tipo de apelaciones externas.

Su solicitud para una revisión externa debe enviarse **en un plazo de 127 días calendario** de recibida nuestra decisión de la apelación interna.

NOTA: Si reunió los requisitos para continuar recibiendo los beneficios durante la apelación interna y solicita una revisión externa **en un plazo de 10 días calendario** a partir de la fecha de la decisión de la apelación interna, puede seguir obteniendo el servicio en disputa durante la revisión. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones externas?” en la página 178 para obtener más información.

Para solicitar una revisión externa del DIFS, debe completar el formulario de solicitud para revisión externa de atención médica. Le enviaremos este formulario junto con nuestro Aviso de decisión sobre la apelación. También puede obtener una copia del formulario llamando al DIFS al 1-877-999-6442. Complete el formulario y envíelo junto con toda la documentación de respaldo a:

DIFS
Office of Research, Rules, and Appeals – Appeals Section
PO Box 30220
Lansing, MI 48909-7720

FAX: 517-284-8837

Correo electrónico: DIFS-HealthAppeal@Michigan.gov

Línea directa del consumidor del DIFS: 877-999-6442

Si su solicitud no incluye la revisión de registros médicos, la revisión externa estará a cargo del director del DIFS. Si su solicitud supone problemas de necesidad médica o criterios de revisión clínica, se enviará a una organización de revisión independiente (IRO) separada.

Si el director lleva a cabo la revisión y no requiere una revisión por parte de una IRO, este tomará una decisión en un plazo de 14 días calendario después de que se acepte su solicitud. Si la revisión es remitida a una IRO, esta le dará su recomendación al DIFS en un plazo de 14 días calendario después de que se le haya asignado la revisión. Luego el director tomará una decisión en un plazo de 7 días hábiles después de recibir la recomendación de la IRO.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si el plazo estándar para la revisión podría perjudicar su vida o su salud, es posible que reúna los requisitos para una revisión acelerada (rápida). Una revisión acelerada se completa en un plazo de 72 horas después de su solicitud. Para reunir los requisitos para una revisión acelerada, debe solicitarle a su médico que verifique que el plazo de una revisión estándar podría perjudicar su vida o su salud.

Si no está de acuerdo con la decisión de la revisión externa, tiene derecho a apelar ante el Tribunal de circuito en el condado donde vive o ante el Tribunal de reclamaciones de Michigan en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la decisión.

Mi problema es sobre un servicio o producto cubierto por Medicare. ¿Qué sucederá en la apelación externa?

Una Entidad de revisión independiente (IRE) revisará cuidadosamente la decisión de la apelación interna y decidirá si debe modificarse.

- No necesita solicitar una apelación externa. Enviaremos automáticamente cualquier denegación (en parte o en su totalidad) a la IRE. Cuando esto suceda, se lo notificaremos.
- La IRE es contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitar una copia de su archivo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

La IRE debe darle nuestra respuesta a su apelación externa dentro de los 30 días calendario después de recibir su apelación (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare). Esta norma se aplica si usted envió su apelación antes de recibir los servicios médicos o productos.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo informará por carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una “apelación rápida” en la apelación interna, se le concederá automáticamente una apelación rápida en la apelación externa. La IRE debe darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo informará por carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

¿Qué sucede si mi servicio o producto está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid de Michigan?

Si su problema es sobre un servicio o producto que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid de Michigan, enviaremos automáticamente su apelación externa a la Entidad de revisión independiente. También puede presentar una apelación externa ante la Oficina de Audiencias Administrativas y Normas de Michigan (MOAHR) o una revisión externa ante el Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS). Siga las instrucciones en la página 174.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones externas?

Si previamente aprobamos la cobertura de un servicio, pero luego decidimos cambiar o interrumpir el servicio antes de que caduque la autorización, en algunos casos, puede seguir recibiendo sus beneficios durante el proceso de apelaciones externas.

- Si el servicio está cubierto por Medicare y usted reunió los requisitos para la continuación de los beneficios durante la apelación interna, sus beneficios para ese servicio continuarán automáticamente durante el proceso de apelaciones externas ante la Entidad de revisión independiente (IRE).
- Si el servicio está cubierto por Medicaid de Michigan, sus beneficios para ese servicio continuarán si reunió los requisitos para la continuación de los beneficios durante la apelación interna y solicita una audiencia imparcial de la MOAHR o una revisión externa del DIFS en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestro Aviso de decisión sobre la apelación.
- Si el servicio podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid de Michigan y usted reunió los requisitos para la continuación de los beneficios durante la apelación interna, sus beneficios para ese servicio continuarán automáticamente durante la revisión de la IRE. También puede reunir los requisitos para la continuación de los beneficios durante la revisión de la MOAHR o del DIFS si presenta su solicitud dentro de los plazos mencionados anteriormente.

Si se seguirán brindando sus beneficios, puede seguir recibiendo el servicio hasta que se produzca alguna de las siguientes situaciones: (1) usted retira la apelación; (2) todas las entidades que recibieron su apelación (la IRE, la MOAHR o el DIFS) deciden rechazar su solicitud. Si alguna de las entidades “acepta” su solicitud, sus servicios continuarán.

¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su apelación externa fue enviada a la Oficina de Audiencias Administrativas y Normas de Michigan (MOAHR) para una audiencia imparcial, la MOAHR le enviará una carta donde se le explicará su decisión.

- Si la MOAHR **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar el servicio para usted tan pronto como su afección lo requiera, pero antes de las 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la MOAHR.
- Si la MOAHR **rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión de la apelación interna. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si su apelación externa se envió al Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) para una revisión externa, el DIFS le enviará una carta en la que se le explicará la decisión del Director.

- Si el DIFS **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar el servicio para usted tan pronto como su afección lo requiera.
- Si el DIFS **rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión de la apelación interna. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si su apelación externa pasó a la Entidad de revisión independiente (IRE), le enviará una carta en la que se le explicará su decisión.

- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar la cobertura tan pronto como su afección lo requiera, pero antes de las 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, debemos aprobar o brindarle dicho medicamento en un plazo de 72 horas después de recibir la respuesta de la IRE. Si se le concedió una apelación rápida, debemos autorizar o brindarle el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo de 24 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE **rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión de la apelación interna. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

¿Qué sucede si tenía diferentes tipos de apelaciones externas y estas tienen distintas decisiones?

Si alguna de las organizaciones de apelaciones externas (la MOAHR, el DIFS o la IRE) decide **aceptar** parte o la totalidad de lo que solicitó, le brindaremos el servicio o producto aprobado que sea más cercano a lo que usted solicitó en su apelación.

Si la decisión es rechazada para parte o la totalidad de lo que solicitó, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su apelación externa se envió a la Oficina de Audiencias Administrativas y Normas de Michigan (MOAHR) para una audiencia imparcial, puede apelar la decisión en un plazo de 30 días ante el Tribunal de circuito. También puede solicitar una nueva audiencia o una reconsideración por parte de la MOAHR en un plazo de 30 días.

Si su apelación externa se envió al Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) para una revisión externa, puede apelar ante el Tribunal de circuito en el condado en el que vive o ante el Tribunal de reclamaciones de Michigan en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la decisión.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si su apelación externa se envió a la Entidad de revisión independiente (IRE), puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o producto que desea cumple con un monto mínimo.

La carta que reciba de la MOAHR, el DIFS o la IRE le explicará los derechos de apelación adicionales que puede tener. Consulte la Sección I en la página 205 para obtener más información sobre los niveles de apelación adicionales.

NOTA: sus beneficios para el servicio en disputa no continuarán durante los niveles de apelación adicionales.

E5. Problemas con pagos

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen los servicios y productos cubiertos. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio o producto con cobertura. Nunca se le pedirá que pague el saldo de ninguna factura. El único monto que se le debería pedir que pague es cualquier monto pagado por el paciente (PPA) requerido para la atención en un hogar de convalecencia.

Si recibe una factura por servicios y productos cubiertos, envíenos la factura **No debe pagar la factura usted mismo**. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.

Para obtener más información, comience leyendo el Capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

¿Puedo pedirles un reembolso por un servicio o producto que pagué?

Recuerde, si recibe una factura por servicios o productos cubiertos, no debe pagarla. No obstante, si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las normas para obtener servicios y productos.

Si solicita un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Analizaremos si el servicio o producto que pagó es un servicio o producto cubierto, y verificaremos si siguió todas las normas para usar la cobertura.

- Si el servicio o producto por el que pagó tiene cobertura y cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago del servicio o producto en un plazo de 60 días calendario después de que hayamos recibido su solicitud. Si aún no ha pagado por el servicio o producto, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o producto no está cubierto, o usted no siguió todas las normas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio o producto, y explicaremos el motivo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección E3 en la página 168. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación.
- Si nos solicita un reembolso por un servicio o producto que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o producto, por lo general, está cubierto por Medicare, enviaremos su caso automáticamente a la Entidad de revisión independiente (IRE). Si esto sucede, se lo notificaremos por carta.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si **aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después de la revisión de la IRE, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, eso implica que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”). La carta que reciba le explicará los derechos de apelación adicionales que puede tener. Puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o producto que desea cumple con un monto mínimo. Consulte la Sección I en la página 205 para obtener más información sobre los niveles de apelación adicionales.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o producto generalmente está cubierto por Medicaid de Michigan, puede solicitar una audiencia imparcial de la Oficina de Audiencias Administrativas y Normas de Michigan (MOAHR) o una revisión externa del Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (consulte la Sección E4 en la página 174).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea un reembolso por un medicamento de la Parte D

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que es posible que Medicaid de Michigan cubra. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos con un asterisco (*). Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre los medicamentos con un asterisco (*) siguen el proceso que se describe en la Sección E en la página 165.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos con receta de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede pedir que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como por ejemplo:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos del plan.
 - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Preguntarnos si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).

NOTA: Si su farmacia le dice que no puede obtener su medicamento con receta, recibirá un aviso en el que se explica cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre un pago.

El término legal para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es “**determinación de cobertura**”.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura **y** cómo solicitar una apelación.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Utilice el cuadro que aparece debajo para ayudarlo a decidir qué sección tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
<p>¿Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección F2 en la página 183. También consulte la Sección F3 y la Sección F4 en las páginas 184 y 185.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede pedirnos una decisión de cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección F4 en la página 185.</p>	<p>¿Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado?</p> <p>Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Vaya a la Sección F4 en la página 185.</p>	<p>¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión).</p> <p>Vaya a la Sección F5 en la página 188.</p>

F2. Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está en nuestra Lista de medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones. Si un medicamento no figura en nuestra Lista de medicamentos o no está cubierto de la forma en que desearía que estuviera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

- Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.
 - Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, no se le cobrará nada.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura. Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
 - Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Que se exija utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Que se obtenga la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”).
 - Que se exija probar primero otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).
 - Límites de cantidad. Limitamos la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos.

El término legal para pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones solicitar una **“excepción al formulario”**.

F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos las razones médicas

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si incluye esta información de su médico u otra persona autorizada a dar recetas cuando solicite la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Se los llama medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, no aprobaremos su solicitud de una excepción.

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de una excepción

- Si **aceptamos** su solicitud de una excepción, la excepción normalmente dura hasta el final del año calendario. Y 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 de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección F5 en la página 188 explica cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Llame, escriba o envíe un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. Puede llamarnos al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) u otra persona que actúe en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Lea la Sección D en la página 161 para conocer cómo puede darle permiso a alguien para que actúe como su representante.
- No es necesario que le otorgue permiso por escrito a su médico u otra persona autorizada a dar recetas para que solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el Capítulo 7 de este manual. En el Capítulo 7, se explican los casos en los que es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que pagó.
- Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”. Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifican que hagamos la excepción del medicamento. A esto le llamamos “declaración de respaldo”.
- Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y luego enviar la declaración, ya sea por fax o por correo.

En resumen: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o un pago

Llame, escriba o envíe un fax para solicitarnos una decisión, o pídale a su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas que la soliciten. Le daremos una respuesta a una decisión estándar de cobertura en un plazo de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó en 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico u otra persona autorizada a dar recetas.
- Usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión rápida. (Normalmente, recibimos las decisiones rápidas en un plazo de 24 horas).
- Lea esta sección para asegurarse de reunir los requisitos para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si su salud lo requiere, pídaenos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”

Usaremos el “plazo estándar” a menos que hayamos aceptado usar el “plazo rápido”.

- Una **decisión estándar de cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida de cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.

El término legal para una “decisión rápida de cobertura” es **“determinación acelerada de cobertura”**.

Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura solo si su pedido hace referencia a un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).

Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo si usar la vía de plazos estándares pudiera poner su salud en grave peligro 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”, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura y se lo informaremos en la carta.

- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si le otorgaremos una decisión rápida de cobertura.
- Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, usaremos los plazos estándares en su lugar.
 - Le enviaremos una carta en la que se le informará esto. En la carta, se le comunicará cómo presentar un reclamo sobre nuestra decisión de tomar una decisión estándar.
 - Puede presentar un “reclamo rápido” y obtener una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J en la página 206.

Plazos para una “decisión rápida de cobertura”

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. O bien, si solicita una excepción, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de su médico o la persona autorizada a dar recetas que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué **rechazamos** su solicitud y describa cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión estándar de cobertura” sobre un medicamento que aún no recibió

- Cuando utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud. O bien, si solicita una excepción, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o darle la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud o, si solicita una excepción, la declaración de respaldo de su médico o de la persona autorizada a dar recetas.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué **rechazamos** su solicitud y describa 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 con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le pagaremos en un plazo de 14 días calendario.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué **rechazamos** su solicitud y describa cómo puede apelar nuestra decisión.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para iniciar la apelación, usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas, o su representante deben ponerse en contacto con nosotros.
- Si solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si quiere una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso que le enviamos para notificarle nuestra decisión. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, una razón válida para haber perdido el plazo puede ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviárnosla por correo o fax. También puede solicitarnos una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas, o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida
- Lea esta sección para asegurarse de reunir los requisitos para una decisión rápida. Léala también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

El término legal para una apelación al plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es **“redeterminación” del plan.**

Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

- Si va a apelar una decisión tomada por nuestro plan acerca de un medicamento que aún no recibió, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección F4 en la página 185.

El término legal para una “apelación rápida” es “redeterminación acelerada”.

Nuestro plan revisará su apelación y le comunicará nuestra decisión

- 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. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión de cobertura original.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explica por qué **rechazamos** su solicitud y describe cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibida su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere, excepto si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró. Si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud de apelación. Si considera que su salud lo requiere, debería solicitar una “apelación rápida”.
- Si no le comunicamos una decisión en el plazo de 7 días calendario, o 14 días calendario si nos solicitó que le reembolsáramos el costo de un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más allá de los 7 días calendario después de recibida su apelación, o 14 días calendario si nos solicitó que le reembolsáramos el costo de un medicamento que ya compró.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explica por qué **rechazamos** su solicitud y describe cómo puede apelar nuestra decisión.

F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o presentar otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión de la apelación de Nivel 1, se le explicará cómo solicitar la apelación de Nivel 2.
- Cuando presente una apelación a la IRE, le enviaremos a esta entidad el archivo de su caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Tiene derecho a proporcionarle a la IRE información adicional para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si desea que la Entidad de revisión independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas, o su representante puede solicitar la apelación de Nivel 2.
- Lea esta sección para asegurarse de reunir los requisitos para una decisión rápida. Léala también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

El término legal para una apelación ante la IRE sobre un medicamento de la Parte D es “reconsideración”.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Plazos para una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Entidad de revisión independiente (IRE).
- Si la IRE acepta darle una “apelación rápida”, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud de apelación.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o brindarle la cobertura para el medicamento en un plazo de 24 horas después de haber recibido la decisión.

Plazos para una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 7 días calendario después de recibir su apelación, o 14 días calendario si nos solicitó que le reembolsáramos el costo de un medicamento que ya compró.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o brindarle la cobertura para el medicamento en un plazo de 72 horas después de haber recibido la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibida la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de revisión independiente rechaza su apelación de Nivel 2?

Rechazar significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si quiere pasar al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que solicite deben alcanzar un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al monto mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de Nivel 3. En la carta que reciba de la IRE, se le indicará el valor en dólares que necesita para continuar con el proceso de apelaciones.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar cualquier tipo de atención que pueda necesitar cuando deje el hospital.

- El día en que se va del hospital es la “fecha del alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha del alta.

Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo solicitarla.

G1. Conozca sus derechos de Medicare

En un plazo de dos días después de haber ingresado en el hospital, un asistente social o un enfermero le entregarán un aviso importante llamado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. 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.

Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. El “aviso importante” le brinda información sobre sus derechos como paciente hospitalario, incluidos sus derechos a lo siguiente:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Formar parte de las decisiones sobre la duración de su hospitalización.
- Saber dónde informar sobre cualquier inquietud que tenga acerca de la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. La firma del aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha del alta que le pudieran haber informado su médico o el personal del hospital.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Guarde la copia del aviso firmado para tener la información en caso de necesitarla.

- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. 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. La llamada es gratuita.
- También puede encontrar el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a Medicare a los números indicados anteriormente.

G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, debe solicitar una apelación. Una Organización para la mejora de la calidad realizará la revisión de la apelación de Nivel 1 para ver si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

En Michigan, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Para presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a Livanta al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para la mejora de la calidad **antes** de retirarse del hospital y no después de su fecha prevista del alta. “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” contiene información sobre cómo contactarse con la Organización para la mejora de la calidad.

- **Si llama antes de retirarse**, se lo autorizará a permanecer en el hospital después de la fecha prevista del alta sin que deba pagar por ello, mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación.
- **Si no llama para presentar una apelación**, y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, es posible que deba pagar todos los costos correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- **Si se vence el plazo** para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles, consulte la Sección G4 en la página 197.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-524-9900 para solicitar una “revisión rápida”.

Llame antes de dejar el hospital y antes de su fecha prevista del alta.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite AetnaBetterHealth.com/Michigan.

Queremos asegurarnos de que comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede llamar al Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP) al 1-800-803-7174. También puede obtener ayuda del defensor del pueblo de MI Health Link llamando al 1-888-746-6456.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

Solicite una “revisión rápida”

Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que efectúe una “**revisión rápida**” del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos rápidos para una apelación en lugar de los plazos estándares.

El término legal para una “revisión rápida” es “revisión inmediata”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura después de la fecha prevista del alta. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores consultarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá una carta en la que se indicará su fecha prevista del alta. En la carta, se explicarán las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado que reciba el alta en esa fecha.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

El término legal para la explicación por escrito es **“Aviso detallado del alta”**.

Puede obtener una muestra llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. 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. O puede encontrar un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

¿Qué sucede si aceptan su apelación?

- Si la Organización para la mejora de la calidad **acepta** su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si rechazan su apelación?

- Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta.
- Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación y usted decide permanecer en el hospital, deberá pagar la continuación de su hospitalización. El costo de la atención hospitalaria que es posible que tenga que pagar comienza al mediodía del día después en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta.
- Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Deberá ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

En Michigan, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad tomarán su decisión.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-524-9900 y solicite otra revisión.

¿Qué sucede si aceptan su solicitud?

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de la primera decisión de apelación. Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si rechazan su solicitud?

Significa que la Organización para la mejora de la calidad está de acuerdo con la decisión del Nivel 1 y no la cambiará. En la carta que reciba se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

G4. Qué sucede si se vence el plazo de la apelación

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Si se vence el plazo de la apelación, existe otra manera de que presente apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, denominadas apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

NOTA: Su Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) gestiona las apelaciones sobre servicios y apoyos de salud conductual, por discapacidad intelectual o del desarrollo y para trastornos por abuso de sustancias. Esto incluye las apelaciones alternativas para la atención de salud mental para pacientes internados. Comuníquese con su PIHP para obtener más información.

Apelación alternativa de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad (un plazo de 60 días o que no supere la fecha prevista del alta, lo que ocurra primero), puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y cumplió con todas las normas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión. Esto significa que le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas desde la recepción de su solicitud de una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos cubriendo los servicios hospitalarios mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.

En resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida” de su fecha del alta del hospital.

Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Si permaneció en el hospital después de su fecha prevista del alta, entonces es posible que tenga que pagar el costo completo de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.
- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente”. Al hacer esto, significa que su caso va automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

Apelación alternativa de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Enviaremos la información para su apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) en un plazo de 24 horas después de haberle dado nuestra decisión de Nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con este o con otros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección J en la página 206 explica cómo presentar un reclamo.

Durante la apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos al **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

- La IRE hace una “revisión rápida” de su apelación. Por lo general, los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- Si la IRE **acepta** su apelación, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Además, debemos seguir brindando nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
- En la carta que reciba de la IRE, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez.

En resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 2

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de revisión independiente.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

H. Qué debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, la atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto

Esta sección hace referencia solo a los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica a domicilio.
- Atención de enfermería especializada brindada en un centro de atención de enfermería especializada.
- Atención de rehabilitación que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos mientras que su médico indique que los necesita.
 - Cuando decidamos dejar de cubrir alguno de estos servicios, debemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando finalice su cobertura para esa atención, dejaremos de pagar su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

H1. Le diremos por adelantado cuándo termina su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días calendario antes de que dejemos de pagar su atención. El aviso por escrito se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”. En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención y cómo puede apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Cuando finalice su cobertura, dejaremos de pagar su atención.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de empezar su apelación, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección J en la página 206 le explica cómo presentar un reclamo).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, llame al Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMA) al 1-800-803-7174.

Durante una apelación de Nivel 1, una Organización para la mejora de la calidad revisará su apelación y determinará si debe cambiar la decisión que tomamos. En Michigan, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). La información sobre la presentación de apelaciones ante la Organización para la mejora de la calidad también se encuentra en el Aviso de no cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando se le informó que dejaríamos de cubrir su atención.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

¿Qué debe pedir?

Pídales una “apelación acelerada”. Es una revisión independiente sobre si es médicamente adecuado que finalicemos la cobertura para sus servicios.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-524-9900 para solicitar una “apelación acelerada”.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le brinda atención y antes de la fecha prevista del alta.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

¿Cuál es su plazo para ponerse en contacto con esta organización?

- Debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito en el que se le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección H4 en la página 203.

El término legal para el aviso por escrito es **“Aviso de no cobertura de Medicare”**. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede encontrar una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para la mejora de la calidad?

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Cuando usted solicita una apelación, el plan debe enviarle una carta a usted y a la Organización para la mejora de la calidad en la que se explique el motivo de la interrupción de sus servicios.
- Los revisores también revisarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión. Recibirá una carta en la que se explicará la decisión.

El término legal para la carta en la que se explica por qué sus servicios deben finalizar es **“Explicación detallada de no cobertura”**.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) después de la fecha en la que finaliza su cobertura, usted mismo deberá pagar el costo total de esta atención.

H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención

Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación **y** usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura para la atención ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Durante la apelación de Nivel 2, puede pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión que se tomó en el Nivel 1. Si aceptan la decisión de Nivel 1, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) después de la fecha en la que le informamos que terminaría su cobertura.

En Michigan, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para la mejora de la calidad tomará su decisión en un plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitarle al plan que continúe con su atención durante un período más prolongado

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-524-9900 y solicite otra revisión.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le brinda atención y antes de la fecha prevista del alta.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos seguir brindándole cobertura por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En la carta que recibirá, se le explicará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

H4. Qué sucede si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Si se vence el plazo de la apelación, existe otra manera de que presente apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, denominadas apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

Apelación alternativa de Nivel 1 para continuar con su atención durante un período más prolongado

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

- Durante esta revisión, tenemos en cuenta toda la información sobre su atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada o la atención que está recibiendo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). Comprobamos si la decisión sobre cuándo se deberían cancelar los servicios fue justa y cumplió con todas las normas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión. Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas desde la recepción de su solicitud de una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos** su revisión rápida, significa que hemos aceptado seguir cubriendo los servicios mientras sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- **Si rechazamos** su solicitud de revisión rápida, estamos diciendo que la interrupción de sus servicios era médicamente apropiada. Nuestra cobertura finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.

En resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida”.

Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si continúa recibiendo servicios después del día en que le informamos que se cancelarían, **es posible que deba pagar el costo total** de los servicios.

Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente”. Al hacer esto, significa que su caso va automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

Apelación alternativa de Nivel 2 para continuar con su atención durante un período más prolongado

Enviaremos la información para su apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) en un plazo de 24 horas después de haberle dado nuestra decisión de Nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con este o con otros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección J en la página 206 explica cómo presentar un reclamo.

Durante la apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos al **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

- La IRE hace una “revisión rápida” de su apelación. Por lo general, los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE acepta** su apelación, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención. Debemos seguir brindando nuestra cobertura para sus servicios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- **Si la IRE rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la cancelación de la cobertura de los servicios era médicamente apropiada.

En resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 2 para solicitarle al plan que continúe con su atención

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de revisión independiente.

En la carta que reciba de la IRE, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará detalles para continuar con la apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

I. Opciones de apelaciones después del Nivel 2 o apelaciones externas

I1. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicare

Si usted presentó una apelación de Nivel 1 o apelación interna y una apelación de Nivel 2 o apelación externa por servicios o productos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, tiene derecho a acceder a niveles adicionales de apelación. En la carta que reciba de la Entidad de revisión independiente, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un Juez Administrativo (ALJ). La persona que toma una decisión en una apelación de Nivel 3 es un Juez Administrativo (ALJ) o un abogado mediador. Si quiere que un ALJ o abogado mediador revise su caso, el producto o el servicio médico que solicita tendrá que alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedirle a un ALJ o a un abogado mediador que se ocupe de su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o abogado mediador, puede recurrir al Consejo de apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que tenga derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, póngase en contacto con el Defensor del pueblo de MI Health Link. El número de teléfono es 1-888-746-6456.

I2. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicaid de Michigan

Usted también tiene derechos de apelación adicionales si su apelación es sobre servicios o productos que podrían estar cubiertos por Medicaid de Michigan.

Si su apelación fue enviada a la Oficina de Audiencias Administrativas y Normas de Michigan (MOAHR) para una audiencia imparcial, la MOAHR le enviará una carta donde se le explicará su decisión. Si no está de acuerdo con la decisión final de la MOAHR, tendrá 30 días calendario a partir de la fecha de la decisión para presentar una solicitud para una nueva audiencia/reconsideración, o para presentar una apelación ante el Tribunal de circuito. Llame a la MOAHR al 517-335-2484 para obtener información sobre los requisitos que debe cumplir para reunir los requisitos para una nueva audiencia/reconsideración.

Si su apelación se envió al Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) para una revisión externa, el DIFS le enviará una carta en la que se le explicará la decisión del Director. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a apelar ante el Tribunal de circuito en el condado donde vive o ante el Tribunal de reclamaciones de Michigan en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de la decisión.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, póngase en contacto con el Defensor del pueblo de MI Health Link. El número de teléfono es 1-888-746-6456.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

J. Cómo presentar un reclamo

J1. Sobre qué tipos de problemas deben ser los reclamos

El proceso de reclamos se usa solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

Reclamos sobre la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

Reclamos sobre la privacidad

- Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que es confidencial.

Reclamos sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención médica o el personal fue descortés o le faltó el respeto.
- El personal de Aetna Better Health Premier Plan lo trató mal.
- Cree que lo están presionando para que deje el plan.

Reclamos sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de atención médica ni a las instalaciones en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le ofrece las adaptaciones razonables que usted necesita, como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

Reclamos sobre los tiempos de espera

- Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla.
- Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud o al Departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan.

En resumen: Cómo presentar un reclamo

Puede presentar un reclamo interno ante nuestro plan o un reclamo externo ante una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar un reclamo interno, llame al Departamento de Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que se encargan de manejar los reclamos externos. Para obtener más información, consulte la Sección J3 en la página 209.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Reclamos sobre la limpieza

- Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Reclamos sobre el acceso en otros idiomas

- Su médico o proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

Reclamos sobre nuestras comunicaciones

- Considera que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Considera que la información por escrito que le enviamos es muy difícil de comprender.

Reclamos sobre lo oportuno de las medidas relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones

- Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Usted considera que, después de brindarle una decisión de cobertura o de apelación a su favor, no estamos cumpliendo los plazos para aprobar o brindar el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos.
- Usted considera que no enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente a tiempo.

El término legal para un “reclamo” es una “**queja**”.

El término legal para “presentar un reclamo” es “**interponer una queja**”.

¿Existen diferentes tipos de reclamos?

Sí. Puede presentar un reclamo interno o un reclamo externo. Un reclamo interno se presenta ante nuestro plan, que es el encargado de revisarlo. Un reclamo externo se presenta ante una organización que no está afiliada con nuestro plan, y es esta organización la que lo revisa. Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno o externo, puede llamar al Defensor del pueblo de MI Health Link al 1-888-746-6456.

NOTA: Los servicios de salud conductual están cubiertos por el Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP). Esto incluye servicios y apoyos de salud mental, por discapacidad intelectual o del desarrollo y para trastorno por abuso de sustancias. Comuníquese con su PIHP para obtener información sobre los reclamos internos sobre servicios de salud conductual.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

J2. Reclamos internos

Para presentar un reclamo interno, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, 7 días de la semana. Puede presentar el reclamo en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si el reclamo se relaciona con un medicamento de la Parte D, debe presentarlo **dentro de un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar el reclamo.

- Si hay algo más que tenga que hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede presentar su reclamo por escrito. Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- Si puede demostrar un buen motivo por escrito por el que presenta su reclamo después de los 60 días calendario para la Parte D, Aetna Better Health Premier Plan extenderá el plazo para que presente el reclamo. Si nos envió su reclamo por escrito, le enviaremos una carta dentro de los 3 días hábiles para informarle que lo recibimos.
- Revisaremos su reclamo y le notificaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 30 días calendario de recibir su reclamo.

En cualquier momento durante el proceso de quejas, puede solicitarle a alguien que lo represente o que actúe en su nombre. Esta persona será “su representante”. Si decide que alguien lo represente o actúe en su nombre, infórmelo por escrito a Aetna Better Health Premier Plan completando el formulario de Nombramiento de un representante (AOR). Usted o su representante pueden solicitarle a Aetna Better Health Premier Plan que consulte la información relevante a su queja. También puede enviarnos la información que tenga sobre su queja a:

Aetna Better Health Premier Plan
Attn: Appeal and Grievance Department
P.O. Box 18070
Cleveland, OH 44181

Fax: 1-855-883-9555

El término legal para un “reclamo rápido” es “queja acelerada”.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de los reclamos en el plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Le informaremos por escrito si necesitamos más tiempo.
- Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo dentro de las 24 horas.
- Si presenta un reclamo porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o decidir sobre una apelación, automáticamente le concederemos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad del reclamo, **se lo comunicaremos** y le daremos nuestras razones. Responderemos si aceptamos el reclamo o no.

J3. Reclamos externos

También puede informarle a Medicare acerca de su reclamo

Puede enviar su reclamo a Medicare. El formulario de reclamo de Medicare se encuentra disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Puede informarle a Medicaid de Michigan sobre su reclamo

También puede enviar su reclamo a Medicaid de Michigan. Puede llamar a la Línea de ayuda de beneficiarios de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 07:00 p. m. al 1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656), o al 1-800-975-7630 si llama desde un servicio telefónico basado en Internet.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales si cree que no se lo ha tratado de forma justa. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre la accesibilidad para personas discapacitadas o la ayuda con el idioma. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local en la siguiente dirección:

233 N. Michigan Ave. Suite 240
Chicago, IL 60601

Teléfono: 1-800-368-1019
Fax: (202) 619-3818

También puede comunicarse con el Departamento de Derechos Civiles de Michigan por teléfono al 1-800-482-3604 o en línea en www.michigan.gov/mdcr/0,4613,7-138--272072--,00.html. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-878-8464. También puede enviar un correo electrónico a MDCRServiceCenter@michigan.gov o un fax al 1-877-878-8464.

También puede tener derechos de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y de acuerdo con la ADA de Michigan. Puede ponerse en contacto con el Defensor del pueblo de MI Health Link para obtener asistencia. El número de teléfono es 1-888-746-6456.

Puede presentar un reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su reclamo es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante la Organización para la mejora de la calidad (sin presentarnos el reclamo a nosotros).
- O bien, puede presentar su reclamo ante nosotros y ante la Organización para la mejora de la calidad. Si presenta un reclamo a esta organización, colaboraremos con ellos para resolverlo.

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. Para obtener información sobre la Organización para la mejora de la calidad, consulte el Capítulo 2.

En Michigan, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Puede informarle al Defensor del pueblo de MI Health Link sobre su reclamo

El Defensor del pueblo de MI Health Link también ayuda a resolver problemas desde un punto de vista neutral para asegurarse de que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos que estamos obligados a proporcionar. El defensor del pueblo de MI Health Link no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono es 1-888-746-6456. Los servicios son gratuitos.

Puede informarle al estado de Michigan sobre su reclamo

Si tiene un problema con Aetna Better Health Premier Plan, puede ponerse en contacto con el Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) al 1-877-999-6442, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. La llamada es gratuita. Puede enviar un correo electrónico a difs-HICAP@michigan.gov o un fax al 517-284-8838. También puede escribir a la siguiente dirección:

DIFS – Office of Consumer Services
P.O. Box 30220
Lansing, MI 48909-7720

Para reclamos sobre cómo su proveedor cumple sus deseos, llame al 517-373-9196, visite www.michigan.gov/lara/0,4601,7-154-89334_72600_73836---,00.html o escriba a la siguiente dirección:

Michigan Department of Licensing and Regulatory Affairs
Bureau of Professional Licensing
Enforcement Division
P.O. Box 30670
Lansing, MI 48909
Correo electrónico: BPL-Complaints@Michigan.gov

Enviar entregas nocturnas a:

Department of Licensing and Regulatory Affairs
Mail Services
2407 N. Grand River Avenue
Lansing, MI 48906

También puede llamar al 517-241-0205 o enviar un fax al 517-241-2389.

Para presentar un reclamo contra un enfermero licenciado, visite:
www.michigan.gov/lara/0,4601,7-154-72600_73836---,00.html.

Para presentar un reclamo contra cualquier otro profesional con licencia, visite:
www.michigan.gov/documents/lara/lara_ED_200PKT_AllegationPkt_477156_7.pdf.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en Aetna Better Health Premier Plan

Introducción

Este capítulo le informa cuándo y cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura de salud después de abandonar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá inscrito en los programas de Medicare y Medicaid de Michigan, siempre y cuando sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan de Medicare y Medicaid	213
B. Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan	213
C. Cómo inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente	214
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid de Michigan de manera separada	214
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare	215
D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid de Michigan	217
E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que se cancele su membresía	217
F. Otras situaciones en las que se cancela su membresía	217
G. Normas en contra de pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud . .	218
H. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan	219
I. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan	219



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan de Medicare y Medicaid

Usted puede cancelar su membresía del plan de Medicare y Medicaid Aetna Better Health Premier Plan en cualquier momento durante el año al inscribirse en otro plan Medicare Advantage, al inscribirse en otro plan de Medicare y Medicaid o al cambiarse a Original Medicare.

El cambio entrará en vigencia el primer día del siguiente mes después de que hayamos recibido su solicitud. Si abandona nuestro plan, puede obtener información acerca de lo siguiente:

- Las opciones de Medicare en la tabla de la página 215.
- Servicios de Medicaid de Michigan en la página 217.

Puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía llamando a los siguientes números:

- Llame a Michigan ENROLLS al 1-800-975-7630, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-263-5897.
- Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP). En Michigan, al SHIP se lo denomina Programa de asistencia de Medicare/Medicaid (MMAP) de Michigan. Puede comunicarse con el MMP al 1-800-803-7174.
- 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.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Para obtener más información sobre los programas de administración de medicamentos, consulte el Capítulo 5.

B. Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, infórmeles a Medicaid de Michigan o Medicare que desea abandonar Aetna Better Health Premier Plan:

- Llame a Michigan ENROLLS al 1-800-975-7630, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-263-5897; O
- 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 (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Podrá encontrar más información sobre cómo obtener los servicios de Medicare cuando deja nuestro plan en la tabla de la página 215.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

C. Cómo inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente

Si desea continuar recibiendo los beneficios de Medicare y Medicaid de Michigan juntos en un solo plan, puede inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente.

Para inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente:

- Llame a Michigan ENROLLS al 1-800-975-7630, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-263-5897. Infórmeles que desea abandonar Aetna Better Health Premier Plan e inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente. Si no está seguro en qué plan quiere inscribirse, ellos pueden informarle sobre otros planes disponibles en su área.

Su cobertura con Aetna Better Health Premier Plan finalizará el último día del mes en el que recibamos su solicitud.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid de Michigan de manera separada

Si usted no desea inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente cuando abandone Aetna Better Health Premier Plan, volverá a recibir los servicios de Medicare y Medicaid de Michigan por separado.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.AetnaBetterHealth.com/Michigan)**.

D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente cancelará su membresía con nuestro plan.

<p>1. Puede cambiarse a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare (como un plan Medicare Advantage o el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada [PACE])</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. La llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. En Michigan, al SHIP se lo denomina Programa de asistencia de Medicare/Medicaid (MMAP) de Michigan. <p>Su inscripción en Aetna Better Health Premier Plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

<p>2. Puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare con un plan de medicamentos con receta de Medicare separado</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. La llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. En Michigan, al SHIP se lo denomina Programa de asistencia de Medicare/Medicaid (MMAP) de Michigan. <p>Su inscripción en Aetna Better Health Premier Plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura en Original Medicare.</p>
<p>3. Puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta de Medicare separado</p> <p>NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no quiere inscribirse.</p> <p>Solo debe cancelar su cobertura para medicamentos con receta si recibe cobertura para medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame al MMAP al 1-800-803-7174.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. La llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. En Michigan, al SHIP se lo denomina Programa de asistencia de Medicare/Medicaid (MMAP) de Michigan. <p>Su inscripción en Aetna Better Health Premier Plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura en Original Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid de Michigan

Si deja el plan de Medicare y Medicaid, obtendrá sus servicios de Medicaid de Michigan a través del pago por servicio.

Sus servicios de Medicaid de Michigan incluyen la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo y la atención de salud conductual. Si deja el plan de Medicare y Medicaid, puede consultar a cualquier proveedor que acepte Medicaid de Michigan.

E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que se cancele su membresía

Si abandona Aetna Better Health Premier Plan, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare y Medicaid de Michigan entre en vigencia. Para obtener más información, consulte la página 215. Durante este tiempo, continuará recibiendo la atención médica y los medicamentos a través de nuestro plan.

- **Debe utilizar las farmacias de la red para obtener sus medicamentos con receta.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si ingresa en el hospital el día en que se cancela su membresía, nuestro plan, por lo general, cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta.** Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que le den el alta.

F. Otras situaciones en las que se cancela su membresía

Existen casos en los que Aetna Better Health Premier Plan debe cancelar su membresía en el plan:

- Si se produce una interrupción en la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no reúne los requisitos para Medicaid de Michigan. Nuestro plan es para personas que reúnen los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid de Michigan. El programa MI Health Link le permite permanecer inscrito en el programa MI Health Link durante tres meses como máximo después de la pérdida de elegibilidad para Medicare para brindarle la oportunidad de obtener la documentación de su redeterminación clasificada con su asistente social. Esto se llama “consideración”. (Para obtener más información sobre la “consideración”, consulte el Capítulo 12).
- 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, deberá llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de servicio de nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Si va a la cárcel o a prisión por un delito.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga para medicamentos con receta.
- Si no es un ciudadano estadounidense o no está legalmente en los Estados Unidos.
 - Deberá ser un ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible según estos requisitos para ser miembro de nuestro plan.
 - Deberemos cancelar su inscripción si no cumple con estos requisitos.

Podemos hacerle dejar nuestro plan por las siguientes razones solo si recibimos permiso de Medicare y Medicaid de Michigan primero:

- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su identificación de miembro para obtener atención médica.
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

G. Normas en contra de pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

También puede llamar a la Línea de ayuda de beneficiarios al 1-800-642-3195 (o al 1-866-501-5656 para usuarios de TTY), de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 7:00 p. m. También debe llamar al programa del defensor del pueblo de MI Health Link al 1-888-746-MHLO (1-888-746-6456), de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O bien, puede enviar un correo electrónico a help@MHLO.org.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.AetnaBetterHealth.com/Michigan)**.

H. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos 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 finalizar su membresía. Además, puede consultar el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo.

I. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Es capítulo incluye avisos legales que aplican a su membresía en Aetna Better Health Premier Plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Aviso sobre leyes	221
B. Aviso sobre no discriminación	221
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario	221



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual para miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este manual. Las principales leyes que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

Todas las compañías o agencias que trabajen con Medicare y Medicaid de Michigan deben cumplir las leyes que lo protegen de discriminación o trato injusto. No lo discriminamos ni lo tratamos de forma diferente debido a su edad, experiencia en reclamaciones, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica en el área de servicio, estado de salud, historia clínica, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión o sexo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato imparcial:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- También puede llamar al Departamento de Derechos Civiles de Michigan al 1-800-482-3604.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o a un proveedor, llame 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.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

A veces, alguien tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación laboral tienen que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados en todo el *Manual para miembros* con sus definiciones. Los términos se incluyen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información que la que incluye la definición, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria: lo que las personas hacen en un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Agencia estatal de Medicaid: El Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan. Esta es la agencia que administra el programa Medicaid de Michigan que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar la atención médica y los servicios y apoyos a largo plazo.

Apelación: una forma de cuestionar nuestra acción si considera que cometimos un error. Nos puede pedir que cambiemos nuestra decisión de cobertura presentando una apelación. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

Área de servicio: Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía en función del lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo aquellas personas que viven en nuestra área de servicio pueden recibir los servicios de Aetna Better Health Premier Plan.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que son proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y son necesarios para tratar una emergencia médica.

Atención de urgencia: Atención que se obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentina, que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Puede recibir atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no puede acceder a ellos.

Atención en centros de atención de enfermería especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados de forma constante y todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centros de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

Audiencia imparcial: La posibilidad que se le otorga de contar su problema ante el tribunal y demostrar que una decisión que tomamos es errónea.

Autodeterminación: La autodeterminación es una opción disponible para los inscritos que reciben servicios a través del programa de exención basado en el hogar y la comunidad, el HCBS de MI Health Link. Se trata de un proceso que le permite diseñar y ejercer control sobre su propia vida. Esto incluye administrar un monto fijo de dinero para cubrir sus servicios y apoyos autorizados. A menudo, eso se denomina “presupuesto individual”. Si decide hacer esto, también tendría control sobre la contratación y administración de proveedores.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Autorización previa: Una aprobación por parte de Aetna Better Health Premier Plan que debe obtener antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específico o consultar a un proveedor fuera de la red. Es posible que Aetna Better Health Premier Plan no cubra el servicio o medicamento si no tiene la aprobación.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una autorización previa de nuestro plan.

- En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.

Algunos medicamentos están cubiertos solo si obtiene nuestra autorización previa.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Auxiliar de atención médica en el hogar: Persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención médica en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Ayuda adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos de la Parte D Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La ayuda adicional también se llama “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Cancelación de la inscripción: el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Capacitación sobre competencia cultural: capacitación que proporciona instrucciones adicionales para nuestros proveedores de atención médica que les permite comprender mejor sus orígenes, valores y creencias para adaptar los servicios y satisfacer sus necesidades sociales, culturales y de idiomas.

Centro de atención de enfermería especializada (SNF): Centro de atención de enfermería con el personal y los equipos necesarios para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios especializados de rehabilitación y otros servicios de salud relacionados.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Centro u hogar de convalecencia: Lugar que proporciona atención para personas que no pueden obtener servicios en el hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Consideración: en el programa MI Health Link, este término significa la capacidad de permanecer en un programa de atención médica durante tres meses como máximo después de la fecha de vencimiento de la documentación de su redeterminación. La consideración es como el período de gracia o la extensión de su plazo de redeterminación. Le brinda la oportunidad de obtener la documentación de su redeterminación clasificada con su asistente social.

Continuación de beneficios: puede continuar recibiendo los beneficios mientras espera una decisión de una apelación o audiencia imparcial. Esta continuación de la cobertura se denomina “continuación de beneficios”.

Coordinador de atención: la principal persona que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

Decisión de cobertura: decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre los servicios y medicamentos cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Defensor del pueblo: Una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y ayudarlo a comprender qué debe hacer. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. Puede encontrar más información sobre el defensor del pueblo en los Capítulos 2 y 9 de este manual.

Departamento de Servicios para Miembros: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros, consulte el Capítulo 2.

Determinación de la organización: El plan toma una determinación de la organización cuando el plan o uno de sus proveedores toman una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos. En este manual, las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos: Estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los productos cubiertos se incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para piernas, brazos y cuello, miembros artificiales, ojos artificiales, y dispositivos para reemplazar una función o parte interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una parte del cuerpo o la función de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor agudo.

Equipo de atención: un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de salud que están allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también lo ayudará a elaborar un plan de atención.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/michigan)**.

Equipos médicos duraderos (DME): Ciertos productos que su médico u otro proveedor de atención médica solicita para que use en su hogar. Algunos ejemplos de estos productos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital que solicite un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: Un médico que brinda atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo.

Evaluación del riesgo para la salud: Revisión de la historia clínica y la afección actual de un paciente. Se utiliza para conocer cuál es el estado de salud del paciente y cómo puede cambiar en el futuro.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones.

Facturación incorrecta o inadecuada: Una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto del costo compartido del plan por los servicios. Muestre su identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan cuando obtenga servicios o medicamentos con receta. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no comprende. Como Aetna Better Health Premier Plan paga el costo total de los servicios, usted no debe nada en costos compartidos. Los proveedores no deberían facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Una farmacia (tienda de medicamentos) que ha aceptado proporcionar los medicamentos con receta para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Hospicio: Programa de atención y apoyo destinado a ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir con comodidad. Un pronóstico terminal significa que una persona padece de una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos.

- Un inscrito con un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un hospicio.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporciona atención a la persona en su totalidad, lo que incluye las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Aetna Better Health Premier Plan debe proporcionarle una lista de proveedores de servicios de hospicio en su área geográfica.

Información personal de salud (también denominada información de salud protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, consultas al médico e historia clínica. Consulte el Aviso sobre prácticas de privacidad de Aetna Better Health Premier Plan para obtener más información sobre cómo Aetna Better Health Premier Plan protege, utiliza y divulga su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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 ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Inscrito en Medicare y Medicaid: Persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid. Un inscrito en Medicare y Medicaid también se denomina “persona con doble elegibilidad”.

Libertad para trabajar: Un programa que ofrece cobertura médica a trabajadores con discapacidades de Michigan que no son elegibles, de otro modo, para Medicaid. Las personas que forman parte del programa Libertad para trabajar obtienen una cobertura completa de Medicaid a cambio de una prima mensual. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para trabajar, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan (MDHHS). Puede encontrar la información de contacto de su oficina local del MDHHS en el sitio web www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.html.

Límites de cantidad: Límite sobre la cantidad de un medicamento que puede recibir. Los límites pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Lista de los medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la colaboración de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le indica si existen normas que debe cumplir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos suele denominarse “formulario”.

Manual para miembros e información de divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto o cláusula adicional, que explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Medicaid de Michigan (o asistencia médica): Un programa a cargo del gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo, y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid de Michigan. Para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid de Michigan, consulte el Capítulo 2.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa que originariamente desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras empresas de medicamentos.

Medicamento genérico: Medicamento con receta que el gobierno federal ha aprobado para utilizar en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: es el término que utilizamos para todos los medicamentos con receta que cubre el plan.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Medicamentos de la Parte D: consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos que pueden estar cubiertos en la Parte D de Medicare. El Congreso específicamente excluye ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier droga o medicamento que una persona puede comprar sin receta de un profesional de salud.

Medicare: 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 requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de cuidado administrado (consulte “Plan de salud”).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Persona con Medicare y Medicaid que reúne los requisitos para obtener servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Monto pagado por el paciente (PPA): Monto de dinero que es posible que deba pagar por el tiempo que permanezca en un hogar de convalecencia. Este monto se basa en sus ingresos y está establecido por el estado.

Medicamento necesario: Esto describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o un hogar de convalecencia. También significa que los servicios, suministros o medicamentos deben cumplir con las recomendaciones aceptadas de la práctica médica. Se determina que un servicio específico es medicamento (desde el punto de vista clínico) apropiado, necesario para satisfacer las necesidades, coherente con su diagnóstico o problema de salud, es la opción más rentable en el entorno menos restrictivo y concuerda con los estándares clínicos de atención. La necesidad médica incluye aquellos servicios y apoyos diseñados para ayudarlo a alcanzar o mantener un nivel de funcionamiento suficiente que le permita vivir en su comunidad.

Niveles del medicamento: Grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles del medicamento. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos se encuentran en uno de los tres (3) niveles.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que reciben los pacientes. Para obtener información sobre cómo comunicarse con una QIO en su estado, consulte el Capítulo 2.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Original Medicare está disponible en todas partes en los EE. UU.
- Si usted no desea formar parte de nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Paciente internado: Término que se usa cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fuese ingresado formalmente, puede ser considerado un paciente externo en vez de un paciente internado, aunque permanezca durante la noche.

Parte A: consulte “Parte A de Medicare”.

Parte A de Medicare: Programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención médicamente necesaria en hospitales, centros de atención de enfermería especializada, atención médica a domicilio y atención en un hospicio.

Parte B: consulte “Parte B de Medicare”.

Parte B de Medicare: Programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de control.

Parte C: consulte “Parte C de Medicare”.

Parte C de Medicare: Programa de Medicare que les permite a las compañías de seguro de salud privadas brindar beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

Parte D: consulte “Parte D de Medicare”.

Parte D de Medicare: Programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Nosotros lo denominamos "Parte D" para abreviarlo). La Parte D cubre medicamentos con receta para pacientes externos, vacunas y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare o Medicaid. Aetna Better Health Premier Plan incluye la Parte D de Medicare.

Plan de atención: plan que determina qué apoyos y servicios recibirá y cómo los recibirá.

Plan de salud: Organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y otros proveedores. También posee coordinadores de atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

Plan Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes MA”, que ofrece planes mediante empresas privadas. Medicare les paga a estas empresas para cubrir los beneficios de Medicare.

Proceso de planificación centrado en la persona: Proceso para planificar y brindar apoyo a una persona que recibe servicios. El proceso se crea en función del deseo de la persona de participar en actividades que fomentan la vida en la comunidad y que respetan las preferencias, elecciones y capacidades de la persona. La persona lidera el proceso de planificación centrado en la persona, que incluye a la familia, los amigos, los representantes legales y profesionales según lo que la persona desee o requiera.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Michigan)**.

Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud.

- Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos.
- 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.
- Para obtener más información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria, consulte el Capítulo 3.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para los profesionales de la salud y proveedores de apoyo, como médicos, profesionales en enfermería, psicólogos, audiólogos, dentistas, oculistas, enfermeros, farmacéuticos, terapeutas y otras personas que proporcionan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos, servicios de salud conductual, para trastornos por abuso de sustancias, por discapacidad intelectual o del desarrollo y servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros un monto adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. 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 nuestro plan no emplea, opera ni del que es propietario y que además no ha firmado un contrato para ofrecerles servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el Capítulo 3, se explica cómo funcionan los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: Reclamo que se presenta sobre nosotros, o alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de la atención.

Reclamo: declaración escrita u oral que indica que tiene un problema o una inquietud relativos a la atención o los servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su atención, los proveedores de la red o las farmacias de la red. El nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja”.

Servicios cubiertos: término general que se utiliza para referirse a toda la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los medicamentos con receta y de venta libre, los equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación, consulte el Capítulo 4.

Servicios en centro quirúrgico ambulatorio: un centro que brinda servicios de cirugía para pacientes externos que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyos a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una afección prolongada. Los LTSS incluyen servicios en un hogar de convalecencia y servicios basados en el hogar y la comunidad. Los servicios basados en el hogar y la comunidad lo ayudan a quedarse en su hogar para que no tenga que ir a un hogar de convalecencia u hospital.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: Una norma de cobertura que le exige probar primero otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted solicita.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health Premier Plan

LLAME AL	1-855-676-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para miembros también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Aetna Better Health Premier Plan Attn: Member Services 7400 West Campus Rd New Albany, OH 43054
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Michigan



AetnaBetterHealth.com/Michigan