# Bienvenido

## Aetna Better Health® of Virginia

Manual del Miembro 2025 de Cardinal Care

**AetnaBetterHealth.com/Virginia**

©2025 Aetna Inc.

VA-25-04-02-SP

aetna® | CardinalCare Virginia's Medicaid Program

# MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA

## DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA (DMAS)

# Manual modelo para miembros de Cardinal Care

*(Vigente a partir del 1 de julio de 2025)*

# Índice

1. Comencemos ..... 5
Le damos la bienvenida a Cardinal Care ..... 5
Otros idiomas y formatos ..... 5
Aviso de no discriminación ..... 9
Información de contacto importante ..... 10
Cómo mantenerse conectado ..... 12
2. Descripción general del cuidado administrado de Cardinal Care ..... 13
Inscripción en el plan de salud ..... 13
Paquete de bienvenida ..... 14
Otro seguro ..... 17
3. Proveedores y cómo obtener atención ..... 18
La red de proveedores de Aetna Better Health ..... 18
Proveedores de atención primaria (PCP) ..... 19
Especialistas ..... 20
Proveedores fuera del estado ..... 20
Cuando un proveedor abandona la red ..... 21
Cómo obtener atención fuera de la red de Aetna Better Health ..... 21
Opciones para miembros de centros de atención de enfermería ..... 22
Programación de citas con proveedores ..... 22
Telesalud ..... 23
Cómo obtener atención del lugar indicado cuando la necesita rápido ..... 23
Cómo obtener atención fuera del horario de atención ..... 25
Transporte para obtener atención ..... 25
4. Coordinación y administración de la atención ..... 27
Coordinación de la atención ..... 27
¿Qué es la administración de la atención? ..... 27

Cómo obtener un administrador de atención ..... 27
Evaluación del riesgo para la salud ..... 29
Su plan de atención ..... 29
Su equipo de atención ..... 30
Coordinación con Medicare u otros planes de salud ..... 30
Transición de la atención entre planes de salud ..... 30
Servicios adicionales de administración de la atención ..... 30
5. Sus Beneficios ..... 32
Descripción general de los beneficios cubiertos ..... 32
Beneficios para todos los miembros ..... 32
Beneficios para los inscritos en la exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) ..... 39
Beneficios para niños/jóvenes menores de 21 años ..... 40
Beneficios para planificación familiar y embarazadas/posparto ..... 41
Cobertura para recién nacidos ..... 43
Beneficios adicionales para miembros de Aetna Better Health ..... 43
6. Sus medicamentos con receta ..... 46
Cómo entender su cobertura de medicamentos con receta ..... 46
Medicamentos con receta para miembros de FAMIS ..... 47
Cómo obtener sus medicamentos en una farmacia de la red ..... 48
Cómo recibir sus medicamentos por correo en su hogar ..... 48
Programa de gestión y seguridad de la utilización del paciente ..... 49
7. Cómo obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos ..... 50
Segundas opiniones ..... 50
Autorización de servicio ..... 50
Determinaciones adversas de beneficios ..... 52
8. Apelaciones y reclamos ..... 54
Apelaciones ..... 54
Reclamos ..... 58

9. Costos compartidos ..... 60
Copagos ..... 60
Pago del paciente ..... 60
Primas ..... 60
10. Sus derechos ..... 61
Derechos generales ..... 61
Instrucciones anticipadas ..... 63
Comité de Asesoramiento de Miembros ..... 64
11. Sus responsabilidades ..... 65
Responsabilidades generales ..... 65
Denuncias de fraude, uso indebido y abuso ..... 67
12. Palabras clave y definiciones en este manual ..... 69

# 1. Comencemos

## Le damos la bienvenida a Cardinal Care

Este Manual para miembros explica los beneficios y cómo acceder a los servicios de Cardinal Care, el programa de Medicaid/FAMIS de Virginia. Medicaid y el plan Acceso familiar a seguridad de seguro médico (FAMIS) son programas de seguro de salud financiados por el gobierno estatal y federal. Están dirigidos por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia (DMAS o "el Departamento"). Para obtener más información, visite **dmas.virginia.gov** y **dmas.virginia.gov/for-members/cardinal-care**. Los límites de ingresos mensuales para la elegibilidad varían según el programa. Para obtener más información sobre la elegibilidad, visite Cover Virginia en **coverva.org** o el mercado de seguros de Virginia en **marketplace.Virginia.gov**. Tanto Medicaid como FAMIS tienen beneficios completos como se describe a continuación. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Virginia al número gratuito **1-800-279-1878 (TTY: 711)** disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana, visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Virginia**, o llame a su administrador de atención.

## Otros idiomas y formatos

Si necesita este manual en letra grande, en otros formatos o idiomas, leído en voz alta o si necesita una copia impresa, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878 (TTY: 711).** Puede obtener lo que necesita de forma gratuita. Los miembros con necesidades alternativas de comunicación auditiva o del habla pueden marcar el 711 para comunicarse con un operador de servicios de retransmisión de telecomunicaciones (TRS) que pueda ayudarles. Las ayudas y servicios auxiliares están disponibles a pedido sin costo alguno. Visítenos en línea en cualquier momento en **AetnaBetterHealth.com/Virginia** o en **dmas.virginia.gov**.

**English**
**ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-385-4104 (TTY: 711).**

**Aetna Better Health of Virginia complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.**

**Spanish**
**Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-385-4104 (TTY: 711).**

**Aetna Better Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.**

**Korean**
**주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-385-4104 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.**

**Aetna Better Health은(는) 관련 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다.**

**Vietnamese**
**CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-385-4104 (TTY: 711).**

**Aetna Better Health tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.**

**Chinese**
**注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-385-4104 (TTY: 711)**

**Aetna Better Health 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。**

**Arabic**
ملحوظة: إذا كنت تتحدث باللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم الموجود خلف بطاقتك الشخصية أو على الرقم **1-800-385-4104** (للصم والبكم: **711**)

**Amharic**
**ማስታወሻ:- የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ፣ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች፣ በነጻ፣ ተዘጋጀተውልዎታል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-385-4104 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 711)**

**Aetna Better Health የፌደራል ሲቪል መብቶችን መብት የሚያከብር ሲሆን ሰዎችን በዘር፡ በቆዳ ቀለም፣ በዘር ሃረግ፣ በእድሜ፣ በአካል ጉዳት ወይም በጾታ ማንኛውንም ሰው አያገልም።**

**Urdu**
**توجہ فرمائیں :اگر آپ اردو بولتے ہیں تو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ 1-800-385-4104 (TTY: 711) پر کال کریں۔**

**قابل اطلاق وفاقی شہری حقوق کے قوانین کی تعمیل کرتا ہے اور نسل، رنگ، قومی اصل، عمر معذوری یا جنس Aetna Better Health کی بنیاد پر امتیاز نہیں کرتا۔**

**Tagalog**
**PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-385-4104 (TTY: 711).**

**Sumusunod ang Aetna Better Health sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandidiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian.**

**Farsi:**
**توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما. با شماره 1-800-385-4104 تماس بگیرید (TTY: 711).**

**Aetna Better Health از قوانین حقوق مدنی فدرال مربوطه تبعیت می کند و هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملیتی، سن، ناتوانی یا جنسیت افراد قایل نمی شود.**

**French**
**ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-385-4104 (ATS : 711).**

**Aetna Better Health respecte les lois fédérales en vigueur relatives aux droits civiques et ne pratique aucune discrimination basée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, l'âge, le sexe ou un handicap.**

**Bengali**
**মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলতে পারেন, তাহলে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-800-385-4104 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন।**

**Aetna Better Health প্রযোজ্য ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীয় উৎপত্তি, বয়স, অক্ষমতা বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না।**

**Telugu**

**శ్రద్ధ: మీరు మాట్లాడితే భాషను చొప్పించండి, భాషా సహాయ సేవలు మీకు ఉచితంగా లభిస్తాయి. 1-800-385-4104 (TTY: 711) కు కాల్ చేయండి.**

**ప్రణాళిక వర్తించే సమాఖ్య పౌరహక్కుల చట్టాలకు అనుగుణంగా ఉంటుంది మరియు జాతి, రంగు, జాతీయ మూలం, వయస్సు, వైకల్యం లేదా లింగం ఆధారంగా వివక్ష చూపదు.**

**Hindi**
**ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। 1-800-385-4104 (TTY: 711) पर कॉल करें।**

**Aetna Better Health लागू होने योग्य संघीय नागरिक अधिकार क़ानून का पालन करता है और जाति, रंग, राय, मूल, आयु, विकलांगता या लिंग के आधार पर भेदभाव नहीं करता है।**

**Nepali**
**ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंलाई निःशुल्क रूपमा भाषा सहायता सेवा उपलब्ध छ। 1-800-385-4104 (TTY: 711) मा कल गर्नुहोस्।**

**Aetna Better Health लागू हुने संघीय नागरिक अधिकार कानुनहरूको पालना गर्छ र जाति, रंग, राष्ट्रिय उत्पत्ति, उमेर, अपाङ्गता वा लिङ्गको आधारमा भेदभाव गर्दैन।**

**Russian**
**ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-385-4104 (TTY: 711).**

**Aetna Better Health соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола.**
1-800-385-4104 (TTY: 711)

## Aviso de no discriminación

Aetna Better Health no discrimina (ni lo trata de manera diferente) por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aetna Better Health of Virginia cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, estado de salud o necesidad de servicios de atención médica.

Aetna Better Health proporciona lo siguiente:

- Ayudas y servicios gratuitos para que las personas con discapacidad se comuniquen de manera efectiva, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-385-4104 (TTY: 711).** Esta llamada es gratuita.

Si cree que Aetna Better Health no ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en persona, por correo o por teléfono a:

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

***

Si tiene problemas de la vista y necesita letra grande u otra ayuda para acceder a este documento, comuníquese con nosotros al **1-800-385-4104 (TTY: 711).**

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU., electrónicamente en **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** o por correo o por teléfono al Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU., 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building,

Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019 (TTY 800-537-7697). Los formularios de reclamos están disponibles en **hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

## Información de contacto importante

A continuación, hay una lista de números de teléfono importantes que puede necesitar. Si no está seguro de a quién debe llamar, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda. Esta llamada es gratuita. Los servicios de interpretación gratuitos están disponibles en todos los idiomas para las personas que no hablan inglés.

| Nombre de la entidad | Información de contacto |
|---|---|
| **Departamento de Servicios para Miembros** | **1-800-279-1878 (TTY: 711)**<br>**AetnaBetterHealth.com/Virginia**<br>Los 7 días de la semana, durante las 24 horas<br>Aplicación móvil de Aetna y portal web para miembros<br>Los miembros pueden llamar directamente a su administrador de atención o solicitar un administrador de atención llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Los miembros también pueden usar la aplicación móvil de Aetna o el portal web para miembros. |
| **Línea de asesoramiento médico de Aetna Better Health** | **1-800-279-1878 (TTY: 711)**<br>Durante las 24 horas, los 7 días de la semana |
| **Línea de crisis de la salud conductual de Aetna Better Health** | **1-800-279-1878 (TTY: 711)**<br>Durante las 24 horas, los 7 días de la semana |
| **Línea de asesoramiento médico de servicios de tratamiento de adicciones y recuperación (ARTS):** | **1-800-279-1878 (TTY: 711)**<br>Durante las 24 horas, los 7 días de la semana |

| Nombre de la entidad | Información de contacto |
|---|---|
| **Departamento de Servicios de Salud Conductual y Desarrollo (DBHDS) para servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo** | Línea de ayuda My Life My Community (Mi vida mi comunidad)<br>**1-844-603-9248**<br>TTY: **804-371-8977**<br>De lunes a viernes de 09:00 a. m. a 04:30 p. m.<br>**www.mylifemycommunityvirginia.org** |
| **Administrador de beneficios dentales de Cardinal Care** | **1-888-912-3456**<br>**TTY: 1-800-466-7566**<br>**dentaquest.com/state-plans/regions/virginia**<br>De lunes a viernes de 08:00 a. m. a 06:00 p. m. |
| **Servicios de la vista de Aetna Better Health** | Plan de servicio de la vista (VSP)<br>**1-800-877-7195** |
| **Servicios de transporte de Aetna Better Health** | Número de teléfono de reservas: **1-800-734-0430, opción 1**<br>Número de teléfono de la asistencia para traslados:<br>**1-800-734-0430, opción 2**<br>TTY: **711**<br>Días y horarios de atención para las reservas: De lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 08:00 p. m. (hora estándar del este)<br>Horario de atención urgente y para el mismo día: Durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año<br>O bien, hágalo en línea en **member.modivcare.com/login** |
| **Transporte de Cardinal Care para servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo** | **1-866-386-8331**<br>**TTY: 1-866-288-3133**<br>Marque **711** para comunicarse con un operador de TRS<br>Durante las 24 horas, los 7 días de la semana |
| **Línea de ayuda de inscripción del cuidado administrado de Cardinal Care** | **1-800-643-2273**<br>**TTY: 1-800-817-6608**<br>De lunes a viernes de 08:30 a. m. a 06:00 p. m. |

| Nombre de la entidad | Información de contacto |
|---|---|
| **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales** | **1-800-368-1019**<br>**TTY: 1-800-537-7697**<br>**hhs.gov/ocr** |
| **Oficina del defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado** | **1-800-552-5019**<br>**TTY: 1-800-464-9950**<br>**elderrightsva.org** |

## Cómo mantenerse conectado

¿Se ha mudado, cambió el número de teléfono o tiene una nueva dirección de correo electrónico? Es importante que nos dé esta información para asegurarnos de que siga recibiendo un seguro de salud de alta calidad. El Departamento y Aetna Better Health necesita su dirección de correo postal, número de teléfono y dirección de correo electrónico actuales para que no se pierda ninguna actualización importante y reciba información sobre los cambios en su seguro de salud.

Puede actualizar la información de contacto hoy de las siguientes maneras:

- ✓ Llamando a Cover Virginia al **1-833-5CALLVA**.
- ✓ En línea en **commonhelp.virginia.gov**.
- ✓ Llamando al **Departamento de Servicios Sociales (DSS) local**.

# 2. Descripción general del cuidado administrado de Cardinal Care

## Inscripción en el plan de salud

Se ha inscrito en Aetna Better Health of Virginia correctamente. Aetna Better Health es un plan de cuidado administrado de Medicaid/FAMIS de Cardinal Care (un "plan de salud") que cubre su atención médica y le ofrece administración de la atención. Un plan de salud es una organización que tiene contratos con médicos, hospitales y otros proveedores para trabajar en conjunto y así ofrecerle la atención médica que usted (el miembro) necesita. En Virginia, hay cinco planes de salud de Cardinal Care que funcionan en todo el estado. Puede obtener más información sobre estos planes de salud en **www.VirginiaManagedCare.com**.

Si se muda fuera del estado, ya no será elegible para Cardinal Care en Virginia, pero puede ser elegible para el programa Medicaid en el estado que viva. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para Cardinal Care, comuníquese con su **DSS local** o llame a **Cover Virginia** al **1-833-5CALLVA (TTY: 1-888-221-1590)**. Esta llamada es gratuita.

Este manual lo ayudará a comprender sus beneficios cubiertos y cómo obtener ayuda de Aetna Better Health. Úselo para darle comienzo a una versión más saludable de usted mismo. Los primeros pasos que debe seguir son los siguientes:

- Elegir un PCP (asegúrese de llamar al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos a quién va a elegir).
- Revisar la lista de servicios cubiertos y no cubiertos. Revisar cómo obtener medicamentos con receta.
- Revisar los beneficios adicionales que tiene por ser miembro de Aetna Better Health.
- Completar las pruebas de detección que pida Aetna Better Health.

El Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health está disponible para ayudarle si tiene preguntas o inquietudes. Llame al **1-800-279-1878 (TTY: 711)** durante las 24 horas, los 7 días de la semana o bien, visítenos en **AetnaBetterHealth.com/Virginia/contact-us**.

Puede cambiar su plan de salud por lo siguiente:

- Por cualquier motivo durante los primeros 90 días calendario de inscripción.
- Por cualquier motivo una vez al año durante el periodo de inscripción abierta. DMAS y Aetna Better Health le notificarán sobre su período de inscripción abierta.
- Si pierde la cobertura de Medicaid temporalmente y esto le hace perder su período de inscripción abierta.
- Cuando necesita un servicio o tipo de servicio específico que Aetna Better Health no cubre, incluso por motivos morales o religiosos.

- Si la pérdida de un proveedor de servicios y apoyo a largo plazo implica un cambio en servicios importantes que recibe, como empleo o servicios residenciales.
- Por causas "justificadas" determinadas por el Departamento. Entre los ejemplos, se incluyen una baja calidad de atención y falta de acceso a proveedores, servicios y apoyos adecuados, incluida la atención especializada. Esto incluye atención obstétrica (OB). Si está embarazada y su proveedor de OB no participa en Aetna Better Health, pero sí participa en el programa de pago por servicio (FFS) de Medicaid, puede pedir que le cubran con FFS de Medicaid hasta después de que nazca su bebé.
- Nota: Los miembros en cuidado adoptivo temporal, custodia adoptiva y que reciben asistencia de adopción son asignados automáticamente al Plan especializado de hogares de acogida de Anthem, a menos que elijan no participar. Si usted es un miembro en custodia adoptiva o recibe asistencia de adopción, puede seleccionar un plan de salud diferente si opta por no participar, pero no tendrá acceso a los beneficios adicionales que ofrece el Plan especializado de hogares de acogida.

Llame a la Línea de ayuda de inscripción del cuidado administrado de Cardinal Care al **1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608)** de lunes a viernes de 08:30 a. m. a 06:00 p. m., o visite el sitio web **virginiamanagedcare.com.** También puede descargar la aplicación. Para obtener la aplicación, busque Virginia Cardinal Care en Google Play o App Store para obtener información sobre su período de inscripción abierta o "causa justificada", o para ayudarlo a elegir o cambiar su plan de salud. La Línea de ayuda de inscripción del cuidado administrado de Cardinal Care es gratis. A partir del 7/1/2025, los miembros de FAMIS deben comunicarse con la Línea de ayuda de cuidado administrado.

## Paquete de bienvenida

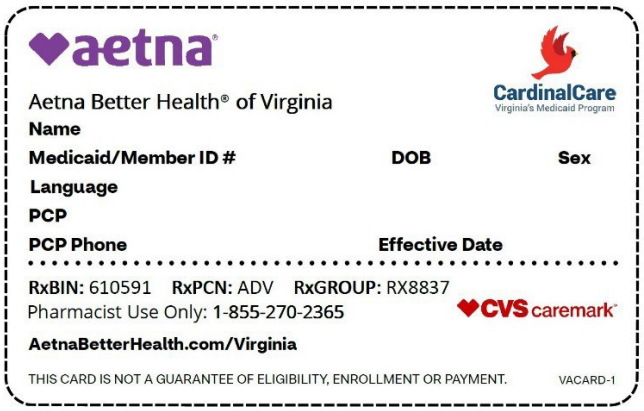
Debería haber recibido un paquete de bienvenida que incluye la tarjeta de identificación de miembro, información sobre el Directorio de proveedores de Aetna Better Health y la Lista de medicamentos preferidos. Si no recibió su paquete de bienvenida, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878.** Los miembros pueden acceder a los recursos a través de la aplicación móvil y el portal web para miembros.

**Identificación de miembro de Aetna Better Health**

Debe mostrar su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health para recibir servicios o medicamentos con receta cubiertos por Aetna Better Health (consulte la siguiente tarjeta de identificación de miembro de ejemplo) cuando tiene una consulta con su proveedor o va a la farmacia. Si no ha recibido su tarjeta, o si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame al Departamento de Servicios para Miembros para que le den una nueva.

A continuación, se muestran ejemplos de su identificación de miembro de Aetna Better Health:

**Todos los miembros, excepto los miembros de FAMIS**


aetna

Aetna Better Health® of Virginia

CardinalCare
Virginia's Medicaid Program

**Name**

**Medicaid/Member ID #** **DOB** **Sex**

**Language**

**PCP**

**PCP Phone** **Effective Date**

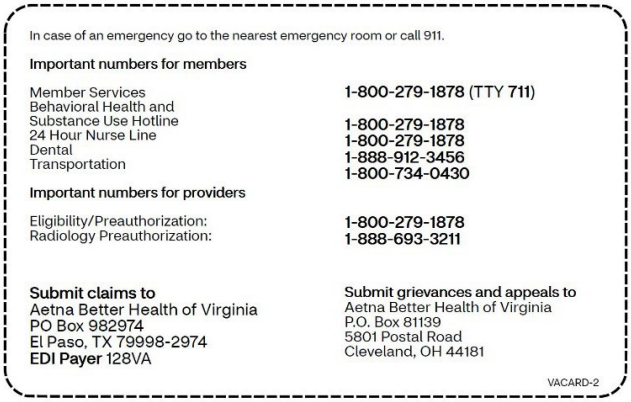
**RxBIN:** 610591 **RxPCN:** ADV **RxGROUP:** RX8837

Pharmacist Use Only: **1-855-270-2365**

CVS caremark

**AetnaBetterHealth.com/Virginia**

THIS CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT. VACARD-1


In case of an emergency go to the nearest emergency room or call 911.

**Important numbers for members**

| | |
|---|---|
| Member Services | **1-800-279-1878** (TTY **711**) |
| Behavioral Health and Substance Use Hotline | **1-800-279-1878** |
| 24 Hour Nurse Line | **1-800-279-1878** |
| Dental | **1-888-912-3456** |
| Transportation | **1-800-734-0430** |

**Important numbers for providers**

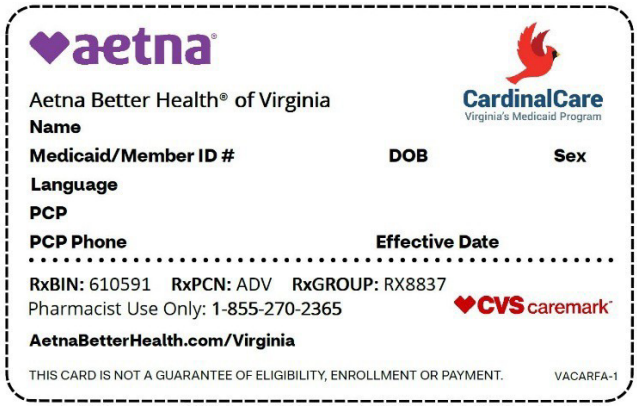
| | |
|---|---|
| Eligibility/Preauthorization: | **1-800-279-1878** |
| Radiology Preauthorization: | **1-888-693-3211** |

**Submit claims to**
Aetna Better Health of Virginia
PO Box 982974
El Paso, TX 79998-2974
**EDI Payer** 128VA

**Submit grievances and appeals to**
Aetna Better Health of Virginia
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

VACARD-2

**Solo los miembros de FAMIS:**


aetna

Aetna Better Health® of Virginia

CardinalCare
Virginia's Medicaid Program

**Name**

**Medicaid/Member ID #** **DOB** **Sex**

**Language**

**PCP**

**PCP Phone** **Effective Date**

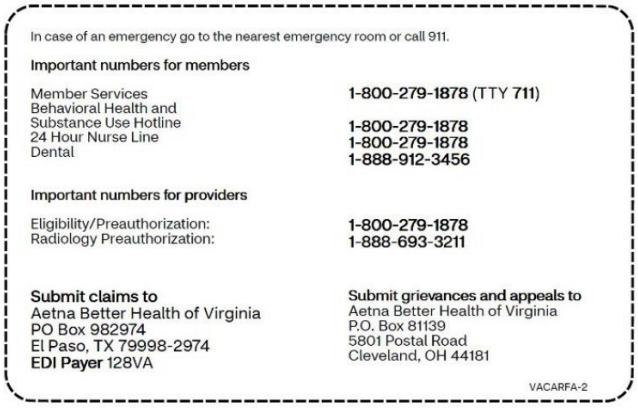
**RxBIN:** 610591 **RxPCN:** ADV **RxGROUP:** RX8837

Pharmacist Use Only: 1-855-270-2365

CVS caremark

**AetnaBetterHealth.com/Virginia**

THIS CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT. VACARFA-1


In case of an emergency go to the nearest emergency room or call 911.

**Important numbers for members**

| | |
|---|---|
| Member Services | **1-800-279-1878** (TTY **711**) |
| Behavioral Health and Substance Use Hotline | **1-800-279-1878** |
| 24 Hour Nurse Line | **1-800-279-1878** |
| Dental | **1-888-912-3456** |

**Important numbers for providers**

| | |
|---|---|
| Eligibility/Preauthorization: | **1-800-279-1878** |
| Radiology Preauthorization: | **1-888-693-3211** |

**Submit claims to**
Aetna Better Health of Virginia
PO Box 982974
El Paso, TX 79998-2974
**EDI Payer** 128VA

**Submit grievances and appeals to**
Aetna Better Health of Virginia
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

VACARFA-2

Puede tener más de una tarjeta de seguro de salud. Además de su identificación de miembro de Aetna Better Health, también debería tener la tarjeta de identificación de Medicaid/FAMIS de la Mancomunidad de Virginia. Guarde esta tarjeta para acceder a los servicios que cubre el Departamento bajo Medicaid/FAMIS. Si tiene Medicare y Medicaid, muestre su tarjeta de Medicare y la identificación de miembro de Aetna Better Health cuando reciba servicios. Si lo cubre una compañía de seguros privada (que no sea Medicaid), muestre la tarjeta de identificación privada y la identificación de miembro de Aetna Better Health cuando reciba servicios.

**Directorio de proveedores de Aetna Better Health**

El Directorio de proveedores enumera los proveedores y las farmacias que forman parte de la red de proveedores contratados de Aetna Better Health. También incluye información sobre las adaptaciones que cada proveedor tiene para los miembros con discapacidades o que no hablan inglés. **El directorio incluye la siguiente información de los proveedores:**

- Nombre.
- Género.
- Especialidad.
- Dirección y ubicaciones.
- Número de teléfono.
- Afiliaciones de hospitales y grupos médicos.
- Si el proveedor acepta nuevos pacientes.
- Certificación del consejo (que incluye un enlace al estado más reciente de la certificación del consejo).
- Idiomas que hablan el proveedor y el personal clínico.
- Adaptaciones para miembros con discapacidades.

Puede acceder al directorio de proveedores en línea. Visite **AetnaBetterHealth.com/Virginia**. Luego, seleccione “Find A Provider” (“Buscar un proveedor”) para acceder a nuestra herramienta de búsqueda de proveedores. También puede descargar una versión imprimible de nuestro directorio completo en **AetnaBetterHealth.com/Virginia**. Si necesita más ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Virginia al **1-800-279-1878 (TTY: 711).**

**Lista de medicamentos preferidos**
En esta lista, figuran los medicamentos con receta cubiertos por Aetna Better Health y el Departamento. También le informa si hay normas o restricciones sobre los medicamentos, como un límite en la cantidad que puede recibir (consulte la *Sección 6, Sus medicamentos con receta*). Llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si sus medicamentos están en la lista o consúltelo en línea en **AetnaBetterHealth.com/Virginia.** Si lo solicita, Aetna Better Health también puede enviarle una copia impresa por correo.

## Otro seguro

Si tiene más de un plan de seguro de salud, Medicaid pagará los servicios después de que sus otros planes de seguro le hayan pagado a su proveedor. Esto significa que, si cuenta con otros seguros, tiene un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, su otro seguro o la compensación laboral deben pagar sus servicios primero. Si tiene otros seguros, informe al Departamento de Servicios para Miembros para que Aetna Better Health pueda coordinar sus beneficios. (Los miembros de FAMIS no pueden tener otra cobertura acreditable).

Si recibe o es elegible para Medicare y tiene preguntas sobre cómo funcionan juntos Medicare y Medicaid, el **Programa de asesoramiento y asistencia sobre seguros de Virginia** (VICAP) brinda asesoramiento gratuito y confidencial sobre seguros de salud a personas que tienen Medicare. Llame al **1-800-552-3402 (TTY: 711)**. Esta llamada es gratuita.

# 3. Proveedores y cómo obtener atención

## La red de proveedores de Aetna Better Health

Utilizamos el término “proveedores” para referirnos a médicos, hospitales, farmacias y otros centros de atención médica que brindan los servicios que usted necesita. Todos los proveedores con quienes tenemos contratos se denominan nuestra “red de proveedores”.

Nos referimos a los proveedores como “dentro de la red” cuando Aetna Better Health tiene contrato con ellos para atender a nuestros miembros, y “fuera de la red” si Aetna Better Health no tiene contrato con ellos. Es importante que los proveedores que elija acepten miembros de Cardinal Care y estén en la red de Aetna Better Health (estos son “proveedor es dentro de la red”). Nuestra red brinda acceso a atención durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Aetna Better Health le proporciona opciones de proveedores que están cerca suyo. Si vive en un área urbana, no debería tener que viajar más de 30 millas o 45 minutos para recibir servicios. Si vive en un área rural, no debería tener que viajar más de 60 millas o 75 minutos para recibir servicios. Para buscar proveedores, como proveedores de atención primaria (PCP), especialistas y hospitales, puede hacer lo siguiente:

- Buscar proveedores en el Directorio de proveedores (consulte la *Sección 2, Descripción general del cuidado administrado de Cardinal Care*).
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878 (TTY 711)** o visítenos al sitio web **AetnaBetterHealth.com/Virginia**.

Nuestra red de proveedores brinda acceso a la atención durante las 24 horas, los 7 días de la semana e incluye hospitales, médicos, especialistas, centros de atención de urgencia, centros de atención de enfermería, proveedores de servicios basados en el hogar y la comunidad, proveedores de intervención temprana, proveedores de tratamiento de rehabilitación, proveedores de servicios de tratamiento de adicciones y recuperación, proveedores de hospicio y atención médica a domicilio, proveedores de equipos médicos duraderos y otros tipos de proveedores. Aetna Better Health le proporciona opciones de proveedores y estos están ubicados de manera tal que no tenga que viajar muy lejos para consultarlos. Puede haber circunstancias especiales en las que deba viajar más; no obstante, eso debería ocurrir solo en pocas ocasiones.

No necesita una remisión o autorización de servicio para recibir lo siguiente:

- Atención de su proveedor de atención primaria (PCP).
- Servicios de planificación familiar y suministros.

- Servicios de atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control, pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia o de urgencia.
- Servicios dentales de rutina.
- Servicios de proveedores de salud para indígenas, si es elegible.
- Otros servicios para miembros con necesidades de atención médica particulares según lo determine Aetna Better Health.

A continuación, puede consultar más información sobre los casos en que un proveedor abandona la red y los horarios en que puede recibir atención de proveedores fuera de la red.

## Proveedores de atención primaria (PCP)

Su PCP es un médico o un profesional en enfermería que le ayuda a estar y mantenerse sano. Su PCP le proporcionará y coordinará sus servicios de atención médica. Debe consultar a su PCP en los siguientes casos:

- Para hacer exámenes físicos y controles de rutina.
- Para recibir servicios de atención preventiva.
- Cuando tenga preguntas o inquietudes sobre su salud.
- Cuando no se sienta bien y necesite ayuda médica.

Para ayudar a su PCP a conocerlo y saber cuál es su historia clínica, debe enviar los registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. El Departamento de Servicios para Miembros o su administrador de atención pueden ayudarle.

**Cómo elegir su PCP**

Tiene derecho a elegir un PCP que esté en la red de Aetna Better Health. Revise el Directorio de proveedores para buscar un PCP que esté en su comunidad y que pueda satisfacer mejor sus necesidades de atención médica. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o a su administrador de atención para recibir ayuda. Si no elige un PCP antes del día 25 del mes anterior al inicio de su cobertura de salud, Aetna Better Health le asignará uno. Aetna Better Health le notificará por escrito quién es el PCP asignado.

Puede elegir entre varios tipos de proveedores de la red para su PCP. Entre algunos tipos de PCP, se incluyen los siguientes:

- Médico de familia (también conocido como médico de cabecera): atiende niños y adultos.
- Ginecólogo (GYN): atiende a las mujeres.
- Médico de medicina interna (también conocido como internista): atiende adultos.

- Profesional en enfermería (NP): atiende niños y adultos.
- Obstetra (OB): atiende a mujeres embarazadas.
- Pediatra: atiende niños.

Si ya tiene un PCP que no está en la red de Aetna Better Health, puede seguir consultando con ese PCP hasta 30 días después de inscribirse en Aetna Better Health. Para las mujeres embarazadas o que tienen necesidades sociales o de salud significativas, pueden seguir consultando con su PCP hasta 60 días después de la inscripción. Si no elige un PCP de la red de Aetna Better Health después de un período de 30 o 60 días, Aetna Better Health le asignará uno. Si tiene un PCP asignado por Medicare, no tiene que elegir un PCP de la red de Aetna Better Health. Llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su administrador de atención para recibir ayuda a la hora de seleccionar un PCP y coordinar su atención.

**Cómo cambiar su PCP**
Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para elegir otro PCP en la red Aetna Better Health. Una vez que haya seleccionado un PCP nuevo, recibirá una tarjeta de identificación nueva con ese PCP en la lista. Asegúrese de presentar esta tarjeta en la próxima consulta. Su nuevo PCP entrará en vigencia el primer día del mes.

## Especialistas

Si necesita atención que su PCP no puede proporcionarle, Aetna Better Health o su PCP podrían remitirlo a un especialista. Un especialista es un proveedor que tiene capacitación adicional en servicios de un área específica de medicina, como un cirujano. La atención que recibe de un especialista se llama atención especializada. Si necesita atención especializada continua, su PCP podrá remitirlo por una cantidad especificada de consultas o un determinado plazo (llamado “remisión permanente”).

## Proveedores fuera del estado

La atención que puede recibir de proveedores fuera del estado se limita a las siguientes:

- Servicios necesarios de emergencia, crisis o posestabilización.
- Casos especiales en lo que es habitual para los que viven en su localidad utilizar recursos médicos en otro estado.
- Servicios médicamente necesarios y requeridos que no están disponibles dentro de la red y dentro del estado de Virginia.
- Periodos de transición (hasta que pueda recibir servicios oportunos de un proveedor de la red en el estado).
- Ambulancias fuera del estado para traslados de un centro a otro.

Es posible que Aetna Better Health deba autorizarlo para consultar a un proveedor que esté fuera del estado. Aetna Better Health no cubre servicios de atención médica fuera de los Estados Unidos.

## Cuando un proveedor abandona la red

Si su PCP abandona la red de Aetna Better Health, Aetna le informará y le ayudará a encontrar un PCP nuevo. Si uno de los otros proveedores deja la red de Aetna Better Health, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su administrador de atención para que lo ayude a encontrar un proveedor nuevo y a administrar su atención. Tiene derecho a lo siguiente:

- Pida que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que reciba y Aetna Better Health trabajará con usted para garantizar que continúe.
- Obtenga ayuda para seleccionar un nuevo proveedor calificado.
- Presente un reclamo (consulte la *Sección 8, Apelaciones y reclamos*) o solicite un nuevo proveedor si considera que Aetna Better Health no reemplazó a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que su atención no se administra de manera adecuada.

## Cómo obtener atención fuera de la red de Aetna Better Health

Puede obtener la atención que necesita de un proveedor fuera de la red de Aetna Better Health en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Si Aetna Better Health no tiene un proveedor de la red para brindarle la atención que necesita.
- Si un especialista que necesita no se encuentra lo suficientemente cerca de usted (dentro de 30 millas en áreas urbanas o 60 millas en áreas rurales).
- Si un proveedor no brinda la atención que necesita debido a objeciones morales o religiosas.
- Si Aetna Better Health aprueba a un proveedor fuera de la red.
- Si se encuentra en un centro de atención de enfermería cuando se inscriba en Aetna Better Health y el centro está fuera de la red de Aetna Better Health.
- Si recibe atención de emergencia o servicios de planificación familiar de un proveedor o centro que está fuera de la red. Puede recibir tratamiento de emergencia y servicios de planificación familiar de cualquier proveedor, incluso si el proveedor no está en la red de Aetna Better Health. Esta atención es gratuita.

Si su PCP o Aetna Better Health lo remiten a un proveedor fuera de nuestra red, usted no será responsable de ninguno de los costos. Sin embargo, es posible que los servicios deban ser

autorizados previamente. Su médico puede solicitar servicios autorizados previamente en su nombre.

Si estuvo inscrito anteriormente en el programa Medicaid de Virginia, pero es nuevo en Aetna Better Health, también tiene derecho a ver a sus antiguos proveedores y acceder a medicamentos con receta u otros suministros médicos necesarios por hasta 30 días (o 60 días, si está embarazada o tiene necesidades sociales o de salud significativas). Después de 30 días (o 60 días), deberá consultar a los proveedores de la red de Aetna Better Health, a menos que Aetna Better Health extienda este plazo para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o a su administrador de atención, si tiene uno, para obtener ayuda para encontrar un proveedor de la red (consulte la *Sección 4, Coordinación y administración de la atención* para obtener más información sobre su administrador de atención).

## Opciones para miembros de centros de atención de enfermería

Si se encuentra en un centro de atención de enfermería en el momento de inscribirse en Aetna Better Health, puede optar por lo siguiente:

- Permanecer en el centro mientras siga siendo elegible para recibir atención en un centro de atención de enfermería.
- Mudarse a un centro de atención de enfermería diferente.
- Recibir servicios en su casa u otros entornos basados en la comunidad.

## Programación de citas con proveedores

Llame al consultorio de su proveedor para programar una cita. Para obtener ayuda para programar una cita, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si necesita que lo lleven a su cita, llame a ModivCare al **1-800-734-0430 (TTY: 711)**. Si llama fuera del horario de atención, deje un mensaje explicando cómo comunicarnos con usted. Su PCP u otro proveedor le regresará el llamado lo antes posible. Si tiene dificultades para obtener una cita con un proveedor, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

### Puntualidad de las citas

Solicitamos que su proveedor programe citas de rutina para servicios de atención primaria dentro de los 30 días de su solicitud. Estas citas no incluyen exámenes físicos de rutina, servicios especializados de rutina (como dermatología, por ejemplo) o consultas programadas con regularidad para controlar una afección crónica que no requiere consultas cada 30 días.

Si está embarazada, las citas de atención prenatal deben estar disponibles para usted entre 3 días hábiles y 7 días calendario después de su solicitud, dependiendo de la etapa y el riesgo

del embarazo. Recuerde informarle a Aetna Better Health cuando tenga planeado estar fuera de la ciudad para que Aetna Better Health pueda ayudarlo a coordinar sus servicios.

## Telesalud

La telesalud le permite recibir atención de su proveedor sin una visita al consultorio en persona. La telesalud generalmente se realiza en línea con acceso a Internet en su computadora, tableta o teléfono inteligente. A veces, se puede realizar por teléfono. Si bien la telesalud no es apropiada para todas las afecciones o situaciones, a menudo puede usar la telesalud para lo siguiente:

- Hablar con su proveedor por teléfono o por video chat.
- Enviar y recibir mensajes electrónicos con su proveedor.
- Participar en el monitoreo remoto para que su proveedor pueda tener un seguimiento de cómo le está yendo en casa.
- Obtener atención médica y de salud conductual médicamente necesaria.

Para hacer una cita de telesalud, comuníquese con su proveedor para ver qué servicios brinda a través de este medio.

## Cómo obtener atención del lugar indicado cuando la necesita rápido

Es importante elegir el lugar adecuado para recibir atención en función de sus necesidades de salud, especialmente cuando necesita atención de forma rápida o inesperada. A continuación, se incluye una guía para ayudarlo a decidir si su equipo de atención habitual, como su PCP, puede ayudarlo o si debe ir a un centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias. Si no está seguro de qué tipo de atención necesita, llame a su PCP o a la Línea de asesoramiento médico de Aetna Better Health al **1-800-279-1878 (TTY: 711)** durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

| Tipo de atención | Cómo obtener atención | Ejemplos de cuándo obtener este tipo de atención | ¿Necesita una remisión? |
|---|---|---|---|
| Los **PCP** pueden brindar atención cuando se enferma o lesiona y | Comuníquese con el consultorio de su PCP o con Aetna Better Health para programar una cita. | • Enfermedad/lesión leve<br>• Gripe/fiebre<br>• Vómitos/diarrea<br>• Dolor de garganta, dolor de oído o infección ocular | No |

| Tipo de atención | Cómo obtener atención | Ejemplos de cuándo obtener este tipo de atención | ¿Necesita una remisión? |
|---|---|---|---|
| atención preventiva que lo mantiene saludable. | | • Esguinces/torceduras<br>• Posibles fracturas de huesos | |
| La **atención de urgencia** es la atención que recibe por una enfermedad o lesión que necesita atención médica rápidamente y podría convertirse en una emergencia. | Consulte el Directorio de proveedores en **AetnaBetterHealth.com/Virginia** para encontrar una clínica de atención de urgencia. | La atención de urgencia puede manejar cosas similares a las de su PCP, pero está disponible cuando otras oficinas no están disponibles. | No, pero asegúrese de ir a una clínica de atención de urgencia que esté en la red de Aetna Better Health si puede. |
| La **atención de emergencia** (o atención para una afección médica de emergencia) es la atención que recibe cuando una enfermedad o lesión es tan grave que su salud (o, | Llame al 911 y vaya al hospital más cercano. Tiene derecho a recibir atención de emergencia durante las 24 horas, los 7 días de la semana en cualquier hospital u otro lugar, incluso si se encuentra en otra ciudad o estado. Aetna Better Health proporcionará la atención de seguimiento después de la emergencia. | • Pérdida de la consciencia<br>• Dificultad para respirar<br>• Lesiones graves en la cabeza, el cuello o la espalda<br>• Dolor/presión en el pecho<br>• Dolores de cabeza repentinos y graves<br>• Dificultad para hablar, entumecimiento en | No. Puede obtener atención de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red. No necesita una remisión o autorización de servicio. |

| Tipo de atención | Cómo obtener atención | Ejemplos de cuándo obtener este tipo de atención | ¿Necesita una remisión? |
|---|---|---|---|
| según corresponda, la de su bebé por nacer), funciones corporales, órganos o partes del cuerpo pueden estar en peligro si usted no recibe atención médica de inmediato. | | el rostro, un brazo o una pierna<br>• Sangrado grave<br>• Quemaduras graves<br>• Convulsiones<br>• Huesos rotos<br>• Miedo de lastimarse a sí mismo o a otra persona (“emergencia de salud conductual”)<br>• Agresión sexual | |

## Cómo obtener atención fuera del horario de atención

Si necesita atención que no sea de emergencia fuera del horario de atención habitual, llame al **1-800-279-1878.**

Una enfermera o un profesional de la salud conductual puede realizar lo siguiente:

- Responder preguntas médicas y asesorarlo sin cargo.
- Ayudarlo a decidir si debe consultar a un proveedor de inmediato.
- Ayudar con afecciones médicas.
- Responder preguntas específicas o asesorarlo con respecto a qué hacer cuando necesite atención médica, como llamar al PCP, programar una cita o acudir de inmediato a la sala de emergencias.

## Transporte para obtener atención

**Transporte médico que no sea de emergencia**

Si necesita transporte para recibir beneficios cubiertos, como servicios médicos, conductuales, dentales, de la vista y de farmacia, llame a la línea de reserva de transporte de Aetna Better Health. Aetna Better Health cubre el transporte que no es de emergencia para los servicios cubiertos. Si tiene problemas para conseguir una cita, llame a los servicios de

transporte de Aetna Better Health Where's My Ride/Ride Assist (¿Dónde está mi traslado?/Asistencia para traslados), al Departamento de Servicios para Miembros o a su administrador de atención. Si tiene un medio de transporte propio para llegar a su cita, es posible que se le reembolse al conductor una tarifa fija por milla (se aplican límites). Los miembros, familiares, amigos y cuidadores son elegibles para el reembolso de millas a través de Aetna Better Health. Debe llamar al **1-800-734-0430** antes de su cita para ser elegible para el reembolso.

Si tiene un medio de transporte propio para llegar a su cita, es posible que se le reembolse al conductor una tarifa fija por milla (se aplican límites). Los miembros, familiares, amigos y cuidadores son elegibles para el reembolso de millas a través del proveedor de transporte de Aetna Better Health, ModivCare. Debe llamar a ModivCare antes de su cita para obtener un número de viaje y ser elegible para el reembolso. Visite **www.mymodivcare.com/members/va** y vaya a *Forms (Formularios)* para revisar las instrucciones del Programa de reembolso de millas, las instrucciones del registro de viajes para reembolso de millas y descargar un registro de viajes para reembolso de millas.

Los niños de FAMIS no son elegibles para transporte médico que no sea de emergencia.

Si necesita transporte a los servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo, comuníquese con el contratista de servicios de exención de transporte de Cardinal Care para personas con discapacidades del desarrollo al **1-866-386-8331 (TTY: 1-866-288-3133)** o visite **transportation.dmas.virginia.gov**. Si tiene problemas para obtener transporte para recibir sus servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo, llame a Where's My Ride al **1-866-246-9979** o a su administrador de casos de exención para personas con discapacidades del desarrollo.

**Transporte médico de emergencia**
Si tiene una afección médica de emergencia y necesita transporte al hospital, llame al **911** para pedir una ambulancia. Aetna Better Health cubrirá una ambulancia si la necesita.

# 4. Coordinación y administración de la atención

## Coordinación de la atención

Todos los miembros pueden obtener ayuda para encontrar la atención médica o los recursos comunitarios adecuados llamando al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health. Los miembros pueden iniciar sesión en el portal web para miembros desde el sitio web o la aplicación **AetnaBetterHealth.com/Virginia**. También puede llamar al **1-800-279-1878 (TTY: 711)** durante las 24 horas, los 7 días de la semana para hablar con un enfermero u otro profesional de la salud autorizado de guardia.

## ¿Qué es la administración de la atención?

Si tiene necesidades importantes de atención médica, recibirá administración de la atención. La administración de la atención ayuda a mejorar la coordinación entre sus diferentes proveedores y los servicios que recibe. Si obtiene administración de atención, Aetna Better Health le asignará un administrador de atención. Su administrador de atención es alguien de Aetna Better Health con experiencia especial en atención médica que trabaja en estrecha colaboración con usted, su PCP y los proveedores tratantes, familiares y otras personas en su vida para comprender y apoyar sus necesidades y metas.

## Cómo obtener un administrador de atención

Durante los primeros tres meses después de su inscripción, Aetna Better Health se comunicará con usted o con alguien de su confianza (su “representante autorizado”) para realizar una evaluación de salud. Durante la evaluación de salud, se le pedirá que responda algunas preguntas sobre sus necesidades de salud (como atención médica) y necesidades sociales (como vivienda, alimentación y transporte). La evaluación de salud incluye preguntas sobre sus afecciones médicas, su capacidad para hacer las cosas cotidianas y sus condiciones de vida. Sus respuestas ayudarán a Aetna Better Health a comprender sus necesidades y decidir si asignarlo a un administrador de atención. Si no se le asigna un administrador de atención, puede pedirle a Aetna Better Health que considere darle uno si necesita ayuda para recibir atención ahora o en el futuro.

Si tiene preguntas o necesita ayuda con el examen de salud, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878 (TTY: 711)**. Esta llamada es gratuita.

**Cómo puede ayudarlo su administrador de atención**

Su administrador de atención es alguien de Aetna Better Health con experiencia especial en atención médica que puede ayudarlo a administrar sus necesidades sociales y de salud. Su administrador de atención puede realizar lo siguiente:

- Evaluar sus necesidades sociales y de salud.
- Responder preguntas sobre sus beneficios, como servicios de salud física, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) (consulte la *Sección 5, Sus beneficios*).
- Ayudarlo a conectarse con los recursos de la comunidad (por ejemplo, programas que pueden apoyar sus necesidades de vivienda y alimentación).
- Apoyarlo en la toma de decisiones informadas sobre su atención y lo que prefiere.
- Ayudarlo a programar citas cuando sea necesario y encontrar proveedores disponibles en la red de Aetna Better Health y hacer remisiones a otros proveedores, según sea necesario.
- Ayudarlo a obtener transporte a sus citas (consulte la *Sección 3, Proveedores y cómo obtener atención*).
- Asegurarse de obtener sus medicamentos con receta y de recibir ayuda si siente efectos secundarios.
- Compartir los resultados de sus pruebas y otra información de atención médica con sus proveedores para que su equipo de atención conozca su estado de salud.
- Ayudarlo a moverse entre entornos de atención médica (como de un hospital o centro de atención de enfermería a su casa u otro centro).
- Asegurarse de que se satisfagan sus necesidades una vez que salga de un hospital o centro de atención de enfermería y de manera continua.

**Cómo comunicarse con su administrador de atención**

Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o iniciar sesión en el portal web para miembros para ver quién es su administrador de atención asignado o solicitar un nuevo administrador de atención. Los servicios de interpretación gratuitos están disponibles en todos los idiomas para las personas que no hablan inglés.

| Método de contacto | Información de contacto |
|---|---|
| **Llame al** | **1-800-279-1878 (TTY: 711)**<br>durante las 24 horas/los 7 días de la semana |
| **Por fax** | **1-866-207-8901** |
| **Escribir a** | Aetna Better Health of Virginia<br>PO Box 818044<br>Cleveland, OH 44184-8044 |

| Método de contacto | Información de contacto |
|---|---|
| **Correo electrónico** | Visite la página de contacto en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Virginia** – **"Contact us" (Comuníquese con nosotros)** para enviarnos un mensaje seguro. También puede enviar un correo electrónico directamente a **VAMedicaidMemberServices@Aetna.com** |
| **Sitio web** | **AetnaBetterHealth.com/Virginia** |

Su administrador de atención se comunicará con usted regularmente y puede ayudarlo con cualquier pregunta o inquietud que pueda tener. En cualquier momento, tiene derecho a pedirle a su administrador de atención que se comunique con usted con más o menos frecuencia. Usted decide cómo desea que su administrador de atención se comunique con usted (por teléfono, videoconferencia o visita en persona). Si se reúne con su administrador de atención en persona, puede sugerir la hora y el lugar. Se le anima a trabajar con su administrador de atención y tener una comunicación abierta con él.

## Evaluación del riesgo para la salud

Después de que Aetna Better Health realice la evaluación de salud y le asigne un administrador de atención, Aetna Better Health se comunicará con usted para realizar una evaluación de riesgos para la salud más detallada. Durante la evaluación de riesgos para la salud, su administrador de atención u otro profesional de atención médica le hará más preguntas sobre su salud física, salud conductual, necesidades sociales y sus objetivos y preferencias. La evaluación de riesgos para la salud ayuda a su administrador de atención a comprender sus necesidades y brindarle la atención adecuada. Puede optar por realizar la evaluación de riesgos para la salud en persona, por teléfono o por videoconferencia. Con el tiempo, su administrador de atención se comunicará con usted para repetir las preguntas de la evaluación de riesgos para la salud para averiguar si sus necesidades están cambiando.

## Su plan de atención

Según su evaluación de riesgos para la salud, su administrador de atención trabajará con usted para desarrollar su plan de atención personalizado. Su plan de atención incluirá la atención médica, los servicios sociales y otros apoyos que recibirá y explicará cómo los obtendrá, con qué frecuencia y con qué proveedor. Su administrador de atención actualizará su plan de atención una vez por año. Su administrador de atención puede hacer cambios con más frecuencia que una vez al año si sus necesidades cambian. Es importante mantener actualizado su plan de atención.

## Su equipo de atención

Su equipo de atención incluye a sus proveedores, enfermeras, asesores u otros profesionales de la salud. Usted y los miembros de su familia o cuidadores son miembros importantes de su equipo de atención. Su administrador de atención puede organizar una reunión con su equipo de atención según sus necesidades o puede solicitar una reunión con su equipo de atención. Tiene la opción de participar en las reuniones del equipo de atención. La comunicación entre los miembros de su equipo de atención ayuda a garantizar que se satisfagan sus necesidades.

## Coordinación con Medicare u otros planes de salud

Si tiene Medicaid y Medicare, Aetna Better Health es responsable de coordinar sus beneficios de Cardinal Care con su plan de salud de Medicare y cualquier otro plan de salud que tenga. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health o a su administrador de atención si tiene preguntas sobre cómo funcionan juntos sus diferentes planes de salud y asegurarse de que sus servicios se paguen correctamente.

## Transición de la atención entre planes de salud

Si cambia de plan de salud de Medicaid, su nuevo plan de salud, Aetna Better Health, es responsable de coordinar sus beneficios de Cardinal Care con su plan de salud anterior. El plan de salud de Medicaid anterior es responsable de transferir las autorizaciones de servicio y otra información pertinente a su nuevo plan de salud, Aetna Better Health, para garantizar la continuidad de la atención y los servicios. Para obtener más información y detalles sobre su transición específica, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health o a su administrador de atención si tiene preguntas sobre cómo funcionan juntos sus planes de salud nuevos y anteriores y asegurarse de que sus servicios se transfieran.

## Servicios adicionales de administración de la atención

Es posible que pueda obtener servicios adicionales de administración de la atención si cumple con lo siguiente:

- Está en cuidado adoptivo o estuvo en cuidado adoptivo. o recibe asistencia para la adopción.
- Está embarazada y corre un mayor riesgo de complicaciones durante y después del embarazo.
- Recibe servicios en su hogar o en la comunidad, como atención médica a domicilio, atención personal o servicios de cuidados paliativos.
- Tiene un trastorno por uso de sustancias.
- Utiliza un respirador.
- No tiene hogar.

Si necesita un administrador de atención, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health para obtener ayuda.

# 5. Sus Beneficios

## Descripción general de los beneficios cubiertos

Los beneficios cubiertos son servicios proporcionados por Aetna Better Health, el Departamento o su contratista. Para obtener los beneficios cubiertos, el servicio debe ser médicamente necesario. Un servicio médicamente necesario es un servicio que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o sus síntomas. El proveedor de atención médica le entregará a Aetna Better Health sus registros médicos y otra información para demostrar que el servicio es médicamente necesario.

**También puede acceder a la lista completa de sus beneficios cubiertos en el sitio web: AetnaBetterHealth.com/Virginia. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-279-1878 (TTY: 711) o a su administrador de atención, si tiene uno, para obtener más información sobre sus servicios y cómo obtenerlos.**

Por lo general, debe recibir servicios de un proveedor que participe en la red de Aetna Better Health. En algunos casos, es posible que deba obtener la aprobación (una "autorización de servicio") de Aetna Better Health o de su PCP antes de recibir un servicio. Los servicios marcados en esta sección con un asterisco (*) requieren autorización de servicio. Consulte la *Sección 3, Proveedores y cómo obtener atención,* para obtener más información sobre qué hacer si necesita servicios de un proveedor fuera de la red. Consulte la *Sección 7, Cómo obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos,* para obtener más información si un servicio que necesita requiere aprobación.

Aetna Better Health no excluye los beneficios, incluidos los servicios de asesoramiento o remisión, debido a objeciones morales o religiosas. Si un proveedor de Aetna Better Health no puede brindarle los servicios que necesita debido a objeciones morales o religiosas, Aetna Better Health lo ayudará a obtener los servicios que necesita con un proveedor fuera de la red.

## Beneficios para todos los miembros

**Servicios de salud física**

Aetna Better Health y el Departamento cubren los servicios de salud física (incluidos los dentales y de la vista) para los miembros de Cardinal Care:

- Atención médica diurna para adultos
- Exámenes de detección y servicios de cáncer (detección de cáncer colorrectal, mamografías, pruebas de Papanicolaou, antígeno prostático específico y exámenes rectales digitales, cirugía reconstructiva de mama)

- Servicios de administración y coordinación de la atención (consulte la *Sección 4, Coordinación y administración de la atención*)
- Servicios clínicos
- Ensayos clínicos (costos de rutina del paciente relacionados con la participación en un ensayo calificado)
- Servicios ordenados por la corte, órdenes de custodia de emergencia (ECO) y órdenes de detención temporal (TDO)
- Servicios dentales (más sobre esto a continuación)
- Equipo médico duradero (DME) (equipos y suministros respiratorios, de oxígeno y ventiladores; sillas de ruedas y accesorios; camas de hospital; equipos y suministros para diabéticos; productos para la incontinencia; tecnología de asistencia; dispositivos de comunicación; equipos y dispositivos de rehabilitación)
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) (más sobre esto a continuación)
- Servicios de intervención temprana (EI) (más sobre esto a continuación)
- Servicios de emergencia y de posestabilización
- Servicios de tratamiento para la disforia de género
- Tiras reactivas para controlar el nivel de glucosa
- Servicios auditivos
- Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (más sobre esto a continuación)
- Salud en el hogar
- Atención de hospicio
- Atención hospitalaria (pacientes internados y pacientes externos)
- Servicios relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (asesoramiento sobre pruebas y tratamiento)
- Vacunas (adulto y niño)
- Servicios de laboratorio, radiología y anestesia
- Investigaciones de plomo
- Servicios bucales (hospitalizaciones, cirugías, servicios facturados por un proveedor médico)
- Trasplantes de órganos (para todos los niños y para adultos que estén en rehabilitación intensiva)
- Ortesis (menores de 21 años)
- Asesoramiento nutricional para enfermedades crónicas
- Servicios de podiatría (cuidado de los pies)
- Servicios prenatales y maternos (embarazo/atención posparto) (más sobre esto a continuación)
- Medicamentos con receta (consultar la *Sección 6, Sus medicamentos con receta*)
- Atención preventiva (controles regulares, exámenes de detección, consultas de bienestar para bebés/niños)

- Prótesis (brazos/piernas y accesorios de apoyo, senos y prótesis oculares)
- Atención médica regular (visitas al consultorio del PCP, remisiones a especialistas, exámenes)
- Servicios de radiología
- Servicios de rehabilitación (pacientes internados y pacientes externos, incluidos servicios de fisioterapia/terapia ocupacional y patología del habla/audiología)
- Servicios renales (diálisis, servicios de enfermedad renal en etapa terminal)
- Servicios de salud escolar (más sobre esto a continuación)
- Servicios de cirugía
- Servicios de telesalud (más sobre esto a continuación)
- Servicios para dejar de fumar
- Servicios de transporte (consulte la *Sección 3, Proveedores y cómo obtener atención*)
- Servicios de tipo de proveedor clínico tribal
- Servicios de la vista (exámenes de la vista/tratamiento/anteojos para reemplazar los perdidos, dañados o robados para menores de 21 años [bajo EPSDT])
- Consultas de bienestar, incluidos controles de rutina y exámenes anuales

Tan pronto como reciba su tarjeta de identificación, incluso si no está enfermo, llame y programe una cita con su PCP para una consulta de bienestar. Su PCP buscará cualquier problema que pueda tener debido a su edad, peso y hábitos. Su PCP también encontrará maneras para que esté más saludable. Los niños también deben tener una consulta con el PCP para los controles, las vacunas y las pruebas de detección tan pronto como sea posible. Para controles, vacunas y pruebas de detección, trate de llamar al PCP de su hijo con dos o tres semanas de anticipación para pedir una cita. Para obtener información sobre los requisitos de autorización de servicios para los servicios de salud física, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878 (TTY: 711)** o a su administrador de atención.

Recuerde que los servicios marcados con un asterisco (*) pueden requerir autorización de servicio. Los proveedores deben notificar a Aetna Better Health dentro de las 24 horas posteriores a una admisión electiva/emergente/urgente. Para respaldar las decisiones de revisión concurrente de pacientes internados, Aetna Better Health utiliza criterios basados en evidencia y reconocidos a nivel nacional, que se aplican en función de las necesidades de los miembros y las características del sistema de prestación local.

El Departamento tiene contrato con un administrador de beneficios dentales, DentaQuest, para brindar servicios dentales a todos los miembros de Medicaid/FAMIS. Consulte la siguiente tabla para ver los servicios dentales disponibles para usted. Usted no es responsable del costo

de los servicios dentales recibidos de un proveedor dental participante. Algunos servicios dentales requerirán aprobación previa. Aetna Better Health trabajará con el administrador dental del Departamento para autorizar algunos servicios, incluida la anestesia cuando sea médicamente necesaria. Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales o para encontrar un dentista participante cerca de usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros de DentaQuest al **1-888-912-3456 (TTY: 1-800-466-7566)** o visite dmas.virginia.gov/dental.

| Servicio Dental | Niños/jóvenes menores de 21 años | Embarazadas/ posparto | Adultos mayores de 21 años |
|---|---|---|---|
| **Ortodoncia** | Con cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura |
| **Limpiezas** | Con cobertura (incluido el fluoruro) | Con cobertura | Con cobertura |
| **Coronas** | Con cobertura | Con cobertura | Cobertura limitada |
| **Dentaduras postizas** | Con cobertura (incluida dentadura parcial) | Con cobertura (incluida dentadura parcial) | Con cobertura |
| **Exámenes** | Con cobertura (incluidos los controles regulares) | Con cobertura | Con cobertura |
| **Extracciones y cirugías bucales** | Con cobertura | Con cobertura | Con cobertura |
| **Empastes** | Con cobertura | Con cobertura | Con cobertura |
| **Tratamiento de encías** | Con cobertura | Con cobertura | Con cobertura |
| **Tratamientos de conducto** | Con cobertura (incluido el tratamiento) | Con cobertura | Con cobertura |
| **Selladores** | Con cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura |
| **Mantenedores de espacio** | Con cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura |
| **Radiografías** | Con cobertura | Con cobertura | Con cobertura |

**Servicios de salud conductual**

Aetna Better Health, el Departamento o su contratista cubren los servicios de tratamiento de salud conductual en la siguiente tabla para los miembros de Aetna Better Health. La salud conductual se refiere a los servicios de salud mental y adicciones. En Virginia, el tratamiento para las adicciones se llama “Servicios de tratamiento de adicción y recuperación” (ARTS). El

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health, su PCP y su administrador de atención pueden ayudarlo a obtener los servicios de salud conductual que necesita.

| **Servicios de salud mental** |
| --- |
| • Observación de 23 horas<br>• Análisis del comportamiento aplicado<br>• Tratamiento comunitario de reafirmación personal<br>• Estabilización comunitaria<br>• Tratamiento familiar funcional<br>• Servicios intensivos en el hogar<br>• Administración de casos de salud mental<br>• Programa intensivo de salud mental para pacientes externos<br>• Programa de hospitalización parcial de salud mental<br>• Servicios de apoyo para la recuperación de la salud mental entre pares<br>• Servicios de desarrollo de habilidades de salud mental<br>• Crisis móvil<br>• Tratamiento multisistémico<br>• Centro residencial de tratamiento psiquiátrico +<br>• Rehabilitación psicosocial<br>• Estabilización de crisis residencial<br>• Tratamiento de día terapéutico<br>• Hogar grupal terapéutico +<br>• Servicios psiquiátricos para pacientes internados<br>• Servicios psiquiátricos para pacientes externos |
| + Servicios administrados por el contratista administrador de salud conductual del Departamento. Su administrador de atención trabajará con el contratista administrador de salud conductual del Departamento para ayudarlo a obtener estos servicios si los necesita. |

| Servicios de tratamiento de adicciones y recuperación (ARTS) |
| --- |
| • Detección, intervención breve y remisión a tratamiento<br>• Servicios de administración de casos de uso de sustancias<br>• Servicios para pacientes externos<br>• Servicios intensivos para pacientes externos<br>• Hospitalización parcial<br>• Tratamiento residencial por abuso de sustancias<br>• Tratamiento asistido por medicamentos<br>• Servicios de apoyo para la recuperación entre pares<br>• Servicios de tratamiento con opioides<br>Tratamiento de las adicciones en el consultorio |

Aetna Better Health cumple con la Ley de Equidad de Adicciones y Paridad de la Salud Mental (MHPAEA). Los límites de los servicios de salud conductual, incluidos los beneficios de salud mental o recuperación de adicciones y los beneficios del tratamiento no son más restrictivos que los beneficios de salud física similares.

Si tiene preguntas sobre los servicios de adicción y recuperación, llame a la Línea de asesoramiento médico de ARTS al **1-800-279-1878 (TTY: 711)** durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si no sabe cómo obtener servicios durante una crisis, le ayudaremos a encontrar un proveedor para casos de crisis. Si tiene pensamientos de dañarse a usted mismo o a otra persona, debe hacer lo siguiente:

- Recibir ayuda de inmediato llamando al **911**
- Ir al hospital o servicio de urgencias más cercano

Si está pensando en hacerse daño a sí mismo o a otra persona, llame a la Línea de crisis de salud conductual al **1-800-279-1878 (TTY: 711)** durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. Recuerde, si necesita ayuda de inmediato, llame al **911** o a la Línea de prevención del suicidio y crisis: 988.

**Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)**

Aetna Better Health y el Departamento cubren los LTSS, como atención de enfermería privada, atención personal y servicios de atención médica diurna para adultos para ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades diarias y mantener la independencia viviendo en la

comunidad o en un centro. Antes de recibir los LTSS, un equipo de la comunidad o del hospital realizará una evaluación para ver si cumple con los criterios de "nivel de atención"; en otras palabras, si califica para recibir los LTSS y si los necesita. Comuníquese con su administrador de atención para obtener información sobre el proceso de evaluación para recibir los LTSS. Los miembros de FAMIS no son elegibles para los servicios LTSS.

Puede obtener los LTSS en el entorno adecuado para usted: su hogar, la comunidad o un centro de atención de enfermería. Los miembros que estén interesados en pasar del centro de atención de enfermería a su hogar o a la comunidad deben hablar con su administrador de atención. Sin embargo, es importante saber que recibir ciertos tipos de atención finalizará su inscripción en cuidado administrado y Aetna Better Health, pero aún tendrá Medicaid. Estos tipos de atención incluyen los siguientes:

- Centro de atención intermedia para las personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID)
- Atención de uno de los siguientes centros de enfermería:
    - Hogar de convalecencia Bedford County
    - Birmingham Green
    - Dogwood Village of Orange County Health
    - Lake Taylor Transitional Care Hospital
    - Hogar de convalecencia Lucy Corr
    - Centro de atención de enfermería The Virginia Home
    - Centro de atención Virginia Veterans Care Center
    - Centro de atención Sitter and Barfoot Veterans Care Center
    - Centro de rehabilitación y centro de atención de enfermería Braintree Manor
- Atención de un centro de atención a largo plazo operado por el estado de Piedmont, Hiram Davis o Hancock
- Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE)

Si recibe servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), es posible que deba pagar una parte de su atención (consulte la *Sección 9, Costos compartidos*). Si tiene Medicare, Aetna Better Health cubrirá el cuidado en un centro de atención de enfermería después de que haya aprovechado toda la atención de enfermería especializada que tenía a su disposición. Para obtener información sobre los requisitos de autorización de servicios para los LTSS, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros durante las 24 horas, los 7 días de la semana al **1-800-279-1878 (TTY: 711)** o puede llamar a su administrador de atención de lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 05:00 p. m., hora estándar del este. Si tiene LTSS, es posible que deba pagar una parte de su atención. Para obtener más información, consulte la *Sección 9, Costos compartidos*.

## Beneficios para los inscritos en la exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)

Algunos miembros pueden calificar para recibir servicios de exención de HCBS (consulte la siguiente tabla). Para obtener más información o para averiguar si es elegible, comuníquese con Aetna Better Health o con su administrador de atención. Los servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo se administran a través del Departamento de Salud Conductual y Servicios del Desarrollo (DBHDS). También puede encontrar más información sobre servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo en el sitio web del DBHDS **mylifemycommunityvirginia.org** o llamando al **1-844-603-9248**. Los inscritos en FAMIS no son elegibles para HCBS.

| Exención | Descripción | Ejemplos de los beneficios cubiertos |
|---|---|---|
| **Exención de Commonwealth Coordinated Care (CCC) Plus** | Brinda atención en su hogar y en la comunidad en lugar de en un centro de atención de enfermería. Puede elegir entre recibir servicios dirigidos por la agencia, por el consumidor o ambos. | • Atención médica diurna para adultos<br>• Tecnología de asistencia<br>• Modificaciones ambientales<br>• Atención personal<br>• Sistema personal de respuesta ante emergencias<br>• Atención de enfermería privada<br>• Atención de relevo<br>• Servicios de transición |
| **Exenciones de discapacidad del desarrollo: desarrollar la independencia (BI)**<br>**Vida en comunidad (CL)**<br>**Apoyos para la familia y el individuo (FIS)** | Brinda apoyo y servicios a los miembros con discapacidad del desarrollo para ayudarles con la salud conductual y física, y a vivir y aprender mejor, empleo, recreación e inclusión de la comunidad. Las exenciones pueden tener una lista de espera. Debe escribir su nombre en la lista de espera si lo necesita, de modo que, cuando se libere una vacante, pueda empezar a recibir estos servicios. | • Tecnología de asistencia<br>• Servicios de planificación de beneficios<br>• Servicios electrónicos basados en el hogar<br>• Empleo y ayuda de día<br>• Modificaciones ambientales<br>• Sistema personal de respuesta ante emergencias<br>• Apoyos ante crisis<br>• Opciones residenciales |

Para obtener información sobre los requisitos de autorización de servicios para los servicios de exención, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros durante las 24 horas, los 7 días de la semana al **1-800-279-1878 (TTY: 711)** o puede llamar a su administrador de atención de lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 05:00 p. m., hora estándar del este.

## Beneficios para niños/jóvenes menores de 21 años

**Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT):**
Los beneficios no son los mismos para todos los miembros de Cardinal Care. Los niños y jóvenes de Medicaid menores de 21 años tienen derecho a los EPSDT, que es un beneficio requerido a nivel federal. Los EPSDT brindan servicios integrales para identificar la afección del niño, tratarla y mejorarla o evitar que empeore. Entre los servicios cubiertos, se incluye la atención médica que es médicamente necesaria, incluso si el servicio no está disponible habitualmente para los adultos o para otros miembros de Medicaid. Los EPSDT están disponibles sin costo. Estos son algunos ejemplos de EPSDT:

- Exámenes/consultas de bienestar infantil y vacunas.
- Servicios de control periódico (vista, audición y dental).
- Consultas de asesoramiento por COVID-19.
- Servicios de desarrollo.
- Anteojos (incluye el reemplazo de anteojos perdidos, rotos o robados) y otros servicios de la vista.
- Ortesis (aparatos ortopédicos, férulas, soportes).
- Servicios de atención personal o de asistencia personal (por ejemplo, ayuda para bañarse, vestirse y comer).
- Atención de enfermería privada.
- Administración de casos de cuidado adoptivo para fomentar el tratamiento.

*Los ensayos clínicos se pueden considerar de forma individual*

Los niños de FAMIS son elegibles para recibir consultas de bienestar infantil y vacunas, pero no todos los servicios de EPSDT. Para obtener más información sobre el acceso a los servicios de EPSDT, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health o con su administrador de atención. Los servicios de tratamiento de EPSDT pueden requerir autorización previa. Para obtener más información, consulte la *Sección 5, Sus beneficios* y la *Sección 7, Cómo obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos*.

**Servicios de intervención temprana (EI)**
Si tiene un bebé menor de tres años que no está aprendiendo o desarrollándose igual que otros bebés, puede que su hijo califique para recibir servicios de EI. Estos son ejemplos de los servicios que se incluyen en la EI:

- Terapia del habla
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Coordinación de servicio
- Servicios de desarrollo para respaldar el aprendizaje y desarrollo del niño

Los servicios de EI no requieren autorización de servicio por parte de Aetna Better Health. Los servicios de EI no tienen ningún costo para usted. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health para obtener una lista de proveedores, especialistas y administradores de casos de EI. Su administrador de atención puede comunicarle con el programa local de Conexión con los bebés y niños pequeños (Infant and Toddler Connection) para ayudarlo a acceder a estos servicios. También puede llamar al Programa conexión con el bebé y el niño pequeño (Infant and Toddler Connection) directamente al **1-800-234-1448 (TTY: 711)** o visitar la página **itcva.online**.

**Servicios de salud escolar**
El Departamento cubre el costo de algunos servicios de atención médica o relacionados con la salud que se ofrecen a los niños inscritos en Cardinal Care en su escuela. Entre los servicios de salud escolar, se pueden incluir ciertos servicios médicos, de salud conductual, de audición, de atención personal o de tratamiento de rehabilitación, como servicios de terapia ocupacional, terapia del habla y fisioterapia, según lo determine la escuela. La escuela de su hijo coordinará estos servicios y su hijo podrá recibirlos sin costo. Los niños también pueden recibir servicios cubiertos por EPSDT mientras estén en la escuela (consulte la *Sección 5, Sus beneficios*). Comuníquese con el administrador de la escuela de su hijo si tiene preguntas sobre los servicios de salud escolar.

## Beneficios para planificación familiar y embarazadas/posparto

Puede recibir servicios de atención médica gratis para ayudarle a tener un embarazo y un bebé saludables. Esto incluye servicios de atención médica por hasta 12 meses después de dar a luz. (Las personas inscritas en el programa FAMIS Prental son elegibles para 60 días de cobertura posparto).
Aetna Better Health y el Departamento cubren los siguientes servicios:

- Servicios de trabajo de parto y parto.

- Servicios de doula.
- Planificación familiar (servicios, dispositivos y medicamentos, incluidos los anticonceptivos reversibles de acción prolongada, y suministros para el retraso o la prevención del embarazo).
- Asesoramiento sobre lactancia y extractores de leche.
- Servicios de enfermera partera/proveedora.
- Servicios relacionados con el embarazo.
- Servicios y programas prenatales/infantiles (ver abajo).
- Servicios de posparto (incluidas las pruebas de detección de depresión posparto).
- Servicios para tratar cualquier afección médica que podría complicar el embarazo.
- Servicios para dejar de fumar.
- Servicios de tratamiento por uso de sustancias.
- Servicios de aborto (solo si un médico certifica por escrito que hay un peligro sustancial para la vida de la madre).

**Programa La maternidad importa (Maternity Matters)**
Todas las miembros embarazadas recibirán el libro “Let’s Go Baby” (Primeros pasos con su bebé) por correo.

Todas las miembros embarazadas reciben atención, se les asigna un nivel de administración de la atención y se las contacta cada trimestre, como mínimo. Las intervenciones del programa se basan en la evidencia del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG), Pautas de atención de Milliman (Milliman Care Guidelines, MCG) y March of Dimes. Las respuestas de los miembros a los cuestionarios y las evaluaciones generan intervenciones. Entre los aspectos únicos del programa, se incluyen los siguientes:

- Promoción de dosis bajas de aspirina para prevenir la preeclampsia en miembros de alto riesgo.
- Uso de reclamaciones de farmacia por vitaminas prenatales para identificar miembros para la iniciativa de preeclampsia y el compromiso de administración de la atención.
- Oferta de pruebas de embarazo de venta libre gratis y uso de esos datos para identificar a las miembros que pueden estar embarazadas o creen que pueden estarlo.
- Cobertura y promoción de anticonceptivos reversibles de acción prolongada.
- Cobertura e incentivos para miembros y proveedores para realizar dos consultas dentales durante el embarazo.
- La administración de la atención posparto continuará para las miembros durante seis meses después de dar a luz y durante un año para las miembros con trastorno por abuso de opioides o trastorno por abuso de sustancias.

- Evaluación de Edimburgo para la depresión por parte del personal de administración de la atención del plan de salud al momento del alta del parto, a las seis semanas, a los seis meses, 12 meses o 18 meses con remisión a tratamiento si la evaluación es positiva.
- Campaña informativa sobre la maternidad Siguientes mejores acciones (Next Best Action).
- Incentivos para los miembros (My Maternity Matters™) para asistir a las citas prenatales y posparto.
- Beneficio de cuidado infantil/relevo para los miembros de alto riesgo.
- Aprovechamiento de los trabajadores de la salud de la comunidad (CHW) para facilitar el acceso a la atención y los servicios.

Recuerde que no necesita obtener una autorización de servicio o una remisión para recibir servicios de planificación familiar. Puede obtener servicios de planificación familiar por parte de cualquier proveedor, incluso si no está en la red de Aetna Better Health. Para obtener información sobre los requisitos de autorización de servicios para los beneficios de maternidad, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros durante las 24 horas, los 7 días de la semana al **1-800-279-1878 (TTY: 711)** o puede llamar a su administrador de atención de lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 05:00 p. m., hora estándar del este.

## Cobertura para recién nacidos

Si tiene un bebé, reporte el nacimiento al Departamento lo antes posible para que su hijo pueda tener un seguro de salud. Hágalo llamando a Cover Virginia al **1-833-5CALLVA** o comunicándose con su DSS local.

## Beneficios adicionales para miembros de Aetna Better Health

Aetna Better Health ofrece algunos beneficios adicionales a los miembros. Estos incluyen lo siguiente:

- Un examen de la vista por año, más $125 para anteojos, incluidos lentes y lentes de contacto a través de Vision Service Plan.
- Un examen de audición, $1,500 para audífonos, 60 baterías por año y visitas ilimitadas para ajustes de audífonos.
- Traslados gratuitos a recursos o servicios locales: hasta 15 viajes de ida y vuelta o 30 viajes de ida o vuelta por año.
- Entrega de comidas a domicilio después del alta hospitalaria durante siete días.
- Control de la diabetes, recordatorios de citas y medicamentos, así como establecimiento y seguimiento de objetivos relacionados con el peso/ejercicio a través de MyActiveHealth.

- Los miembros elegibles pueden acceder a CampusEd, un recurso en línea que ayuda a los miembros a obtener su certificado de Desarrollo de Educación General (GED) y comenzar una nueva carrera. También pagaremos su examen de GED (hasta $120).
- Los miembros mayores de 18 años que tengan un diploma de nivel secundario o GED pueden recibir $500 para utilizar en suministros para apoyar los próximos pasos en la vida, como la educación superior, la escuela militar o una escuela de oficios (para estudiantes de posgrado de 2024 en adelante).
- Los miembros elegibles mayores de 18 años que tienen recetados opioides y tienen niños en el hogar pueden recibir una caja de seguridad para guardar sus medicamentos.
- Los miembros mayores de 18 años pueden recibir $250 para clases de Inglés como Segunda Lengua (ESL).
- Los miembros mayores de 16 años pueden recibir $150 para quitarse tatuajes relacionados con la trata de personas o las pandillas.
- Los miembros mayores de 18 años que sean inquilinos pueden recibir $300 por servicios legales y educación para apoyo para la vivienda.
- $20 por mes para las miembros con períodos menstruales para gastar en productos esenciales para el período menstrual, como protectores, tampones, toallitas de limpieza y más.
- $25 por mes para mamás recientes que participan en el programa Care Management para comprar productos esenciales tanto para la mamá como para el bebé todos los meses.
- 300 pañales para bebés talle 1 gratis para las mamás recientes, con entrega a domicilio.
- Examen físico anual de participación deportiva para miembros de 7 a 18 años.
- Seguridad en el agua y clases de natación para miembros de 6 meses a 6 años.
- Sea activo: Los miembros elegibles de 5 a 18 años que reciben una consulta de bienestar infantil pueden recibir hasta $200 para participar en programas y actividades saludables (p. ej., programas extracurriculares, programas deportivos y entradas a zoológicos o parques estatales).
- Tarjeta de débito recargable de $50 para los miembros elegibles para comprar alimentos saludables en comercios minoristas específicos o en línea para entrega a domicilio.
- Apoyo para la lactancia con línea de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana a través de Pacify.
- Los miembros con asma pueden obtener un juego de sábanas hipoalergénicas y hasta $400, según el área de servicio, para una limpieza profunda de alfombras al año.
- Los miembros elegibles con ansiedad o depresión, o los miembros de edad avanzada en centros de atención de enfermería pueden recibir una caja personalizada con recursos terapéuticos.

- Los miembros elegibles con problemas del cuidado de la memoria o con una discapacidad intelectual pueden recibir una mascota de compañía electrónica para su bienestar y apoyo emocional.

# 6. Sus medicamentos con receta

## Cómo entender su cobertura de medicamentos con receta

Los medicamentos con receta son medicamentos que le receta su proveedor. Por lo general, Aetna Better Health cubre (“paga”) sus medicamentos si su PCP u otro proveedor le hace una receta por escrito y el medicamento con receta está en la Lista de medicamentos preferidos. Si es nuevo en Aetna Better Health, puede seguir recibiendo los medicamentos que ya está tomando durante un mínimo de 30 días. Si necesita un medicamento con receta que no está en la Lista de medicamentos preferidos, puede recibirlo de todas formas si es médicamente necesario.

Para saber qué medicamentos con receta cubren Aetna Better Health y el Departamento, consulte la Lista de medicamentos preferidos en AetnaBetterHealth.com/Virginia. La Lista de medicamentos preferidos es la lista de medicamentos cubiertos por Aetna Better Health como parte de sus beneficios. La Lista de medicamentos preferidos puede cambiar durante el año, pero Aetna Better Health siempre tiene la información más actualizada.

La Lista de medicamentos cubiertos está disponible en AetnaBetterHealth.com/Virginia. La Lista de medicamentos cubiertos le indica qué medicamentos están cubiertos por Aetna Better Health y también si hay alguna norma o restricción respecto de los medicamentos. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si sus medicamentos figuran en la Lista de medicamentos cubiertos o solicitar una copia impresa de la Lista de medicamentos cubiertos. Para obtener la Lista de medicamentos cubiertos más actualizada, visite **AetnaBetterHealth.com/Virginia** o llame al **1-800-279-1878 (TTY: 711).**

Si la Lista de medicamentos preferidos cambia durante el año y el cambio afecta un medicamento que está tomando, Aetna Better Health los notificará a usted y a su médico al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Esto dará tiempo para determinar si se acepta un medicamento cubierto diferente o si se debe presentar una autorización de servicio.

Por ley, hay algunos medicamentos que no se pueden cubrir. Los medicamentos que no se pueden cubrir incluyen los medicamentos experimentales, medicamentos para aumentar de peso (los medicamentos para bajar de peso están cubiertos para los miembros que cumplen con los criterios médicos), medicamentos utilizados para promover la fertilidad o para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil y medicamentos utilizados con fines cosméticos. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre su cobertura de medicamentos con receta.

## Medicamentos con receta para miembros de FAMIS

Los medicamentos con receta genéricos para pacientes externos están cubiertos para los miembros de FAMIS. Si elige un medicamento de marca, usted es responsable del 100% de la diferencia entre el cargo permitido del medicamento genérico y el medicamento de marca.

**Medicamentos que requieren que usted o su proveedor tomen medidas adicionales**

Algunos medicamentos tienen normas o restricciones que limitan cómo y cuándo puede obtenerlos. Por ejemplo, un medicamento puede tener un límite de cantidad, lo que significa que solo puede obtener una cierta cantidad del medicamento cada vez que obtiene su receta. Para los medicamentos con normas especiales, es posible que necesite una autorización de servicio de Aetna Better Health antes de poder obtener su receta (consulte la *Sección 7, Cómo obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos*). Si no obtiene la aprobación, es posible que Aetna Better Health no cubra el medicamento. Para saber si el medicamento que necesita tiene una norma especial, consulte la Lista de medicamentos preferidos. Si Aetna Better Health niega o limita su cobertura para un medicamento y no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a una apelación (consulte la *Sección 8, Apelaciones y reclamos*).

En algunos casos, Aetna Better Health puede requerir un “tratamiento escalonado”. Esto es cuando usted prueba un medicamento (generalmente uno que es menos costoso) antes de que Aetna Better Health cubra otro medicamento (generalmente uno que es más costoso) para su afección médica. Si el primer medicamento no funciona, puede probar el segundo.

**Suministro de emergencia de medicamentos**

Si alguna vez necesita un medicamento y no puede obtener una autorización de servicio lo suficientemente rápido (como durante el fin de semana o un día feriado), puede obtener un suministro a corto plazo de su medicamento al obtener la aprobación de Aetna Better Health. Puede obtener la aprobación de Aetna Better Health si un farmacéutico cree que su salud estaría en riesgo sin el beneficio del medicamento. Cuando esto sucede, Aetna Better Health puede autorizar un suministro de emergencia para 72 horas. Todo lo que tiene que pasar es que el farmacéutico complete el suministro de 72 horas o llame al servicio de asistencia de la farmacia CVS Caremark si es necesario.

**Suministro de medicamentos a largo plazo**

Puede obtener un suministro a largo plazo de ciertos medicamentos en la Lista de medicamentos de Aetna Better Health. Estos medicamentos se usan regularmente para tratar afecciones médicas crónicas o prolongadas. La lista de medicamentos con un suministro para

90 días está disponible en **AetnaBetterHealth.com/Virginia** y debe cumplir con requisitos específicos antes de obtener un suministro para 90 días. Para ser elegible, debe haber recibido dos surtidos de medicamentos para 30 a 34 días en los últimos 120 días. Algunas farmacias de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de ciertos medicamentos. También puede usar los servicios de pedido por correo para obtener un suministro a largo plazo de ciertos medicamentos. Consulte Cómo recibir sus medicamentos por correo en su hogar o llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

## Cómo obtener sus medicamentos en una farmacia de la red

Una vez que su proveedor ordene una receta para usted, deberá obtener sus medicamentos con receta en una farmacia de la red (excepto durante una emergencia). Una farmacia de la red es una farmacia que acepta obtener medicamentos para los miembros de Aetna Better Health. Para encontrar una farmacia de la red, use su Directorio de proveedores disponible en **AetnaBetterHealth.com/Virginia.** Puede usar cualquiera de las farmacias de la red de Aetna Better Health.

Si necesita cambiar de farmacia, puede pedirle a su farmacia que transfiera su receta a otra farmacia de la red. Si su farmacia abandona la red de Aetna Better Health, puede encontrar una nueva farmacia en el Directorio de proveedores o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878 (TTY: 711)**.

Cuando vaya a la farmacia de la red para dejar una receta o recoger sus medicamentos, muestre su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health. Si tiene Medicare, muestre su tarjeta de Medicare y la tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health. Llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su administrador de atención si tiene preguntas o necesita ayuda para obtener una receta o encontrar una farmacia de la red.

## Cómo recibir sus medicamentos por correo en su hogar

A veces, es posible que necesite un medicamento que no esté disponible en una farmacia cercana, como un medicamento que se usa para tratar una afección compleja o que requiere un manejo y cuidado especiales. Si esto sucede, una farmacia especializada enviará estos medicamentos a su hogar o al consultorio de su proveedor. Utilice la herramienta de búsqueda de farmacias en **AetnaBetterHealth.com/Virginia** para encontrar una farmacia que satisfaga sus necesidades. CVS Caremark también puede ser una opción para usted.

Para solicitar formularios de pedido e información acerca de cómo obtener sus recetas por correo, llame al Departamento de Servicios para Miembros durante las 24 horas, los 7 días de

la semana al **1-800-279-1878 (TTY: 711)**. O puede llamar a su administrador de atención de lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 05:00 p. m., hora estándar del este. Puede solicitar un formulario de pedido por correo o puede registrarse en línea en CVS Caremark en **www.caremark.com**.

### Programa de gestión y seguridad de la utilización del paciente

Algunos miembros que necesitan apoyo adicional con la administración de sus medicamentos pueden inscribirse en el programa de gestión y seguridad de la utilización del paciente. El programa ayuda a coordinar sus medicamentos y servicios para que funcionen juntos de una manera que no perjudique su salud. Los miembros del programa de gestión y seguridad de la utilización del paciente pueden estar restringidos (o bloqueados) a usar solo una farmacia para obtener sus medicamentos.

Aetna Better Health le enviará una carta con más información si está en el programa de gestión y seguridad de la utilización del paciente. Si lo colocan en el programa, pero no cree que deberían haberlo hecho, puede hacer una apelación dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la carta (consulte la *Sección 8, Apelaciones y reclamos*).

# 7. Cómo obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos

## Segundas opiniones

Si no está de acuerdo con la opinión de su proveedor sobre los servicios que necesita, tiene derecho a una segunda opinión. Puede obtener una segunda opinión gratuita de un proveedor de la red sin una remisión. Cuando los proveedores de la red no son accesibles o cuando no pueden satisfacer sus necesidades, Aetna Better Health puede remitirlo a un proveedor fuera de la red para obtener una segunda opinión sin costo alguno.

## Autorización de servicio

Hay algunos servicios, tratamientos y medicamentos que requieren autorización de servicio antes de recibirlos o para continuar recibiéndolos. Una autorización de servicio ayuda a determinar si ciertos servicios son médicamente necesarios y si Aetna Better Health puede cubrirlos por usted. Después de evaluar sus necesidades y hacer una recomendación de atención, su proveedor debe enviar una solicitud de autorización de servicio a Aetna Better Health con información que explique por qué necesita el servicio. Esto ayuda a garantizar que se les pueda pagar por los servicios que le brindan. Aetna Better Health tiene un grupo de proveedores de atención médica y especialistas en salud que revisan medicamentos, procedimientos médicos, procedimientos y dispositivos de salud conductual nuevos y existentes. El grupo recomienda lo que estará cubierto y lo que no. Esto se lleva a cabo mediante la revisión de pautas clínicas e investigaciones. También se realiza observando lo que hacen otros médicos.

Si es nuevo en Aetna Better Health, Aetna Better Health respetará las autorizaciones de servicios realizadas por el Departamento u otro plan de salud por un máximo de 30 días (o hasta que finalice la autorización si es antes) o por un máximo de 60 días si está embarazada o tiene necesidades sociales o de salud significativas.

Las decisiones se basan en lo que es adecuado para cada miembro y en el tipo de atención y de servicios que son necesarios. Analizamos los estándares de atención en función de lo siguiente:

- Las políticas médicas
- Las pautas clínicas nacionales
- Pautas y beneficios de salud de Medicaid

Aetna Better Health no remunera a empleados, asesores u otros proveedores por hacer lo siguiente:

- Denegar atención o servicios que usted necesita.
- Apoyar decisiones que aprueban menos de lo que usted necesita.
- Informar que no tiene cobertura.

Puede solicitar los planes de incentivo de su médico. Consulte la *Sección 5, Sus beneficios* para conocer los servicios específicos que requieren autorización de servicio.

Nunca se requiere autorización de servicio para servicios de atención primaria, atención de emergencia, servicios preventivos, servicios de intervención temprana (EI), servicios de planificación familiar, atención prenatal básica o servicios cubiertos por Medicare.

**Cómo obtener una autorización de servicio**

El Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health o su administrador de atención pueden responder sus preguntas y compartir más información sobre cómo solicitar una autorización de servicio. Si desea solicitar un servicio específico que requiere una autorización de servicio, su administrador de atención puede ayudarlo a encontrar el proveedor adecuado que pueda ayudarlo a determinar si necesita el servicio.

Para recibir ayuda con la obtención de una autorización de servicio, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros durante las 24 horas, los 7 días de la semana al **1-800-279-1878 (TTY: 711)** o puede llamar a su administrador de atención de lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 05:00 p. m., hora estándar del este.

**Plazo para la revisión de la autorización de servicio**

Después de recibir su solicitud de autorización de servicio, Aetna Better Health tomará la decisión de aprobar o rechazar la solicitud. Normalmente, Aetna Better Health enviará un aviso por escrito tan pronto como sea necesario y dentro de los 14 días calendario (para servicios de salud conductual y física). Si esperar tanto tiempo podría dañar seriamente su salud o su capacidad para funcionar, Aetna Better Health tomará una decisión más rápidamente. En su lugar, Aetna Better Health enviará un aviso por escrito dentro de los tres días calendario. Las solicitudes de autorización de servicios posteriores se revisan en 30 días calendario. Después de recibir su autorización de servicio, si no se recibió suficiente información del proveedor solicitante para tomar una decisión de necesidad médica, Aetna Better Health puede solicitar información adicional para tomar la decisión con una posible extensión de 14 días calendario.

Aetna Better Health tomará cualquier decisión sobre los servicios de farmacia dentro de las 24 horas. Los fines de semana o días feriados, Aetna Better Health puede autorizar un suministro de emergencia para 72 horas de sus medicamentos recetados. Esto le da tiempo a su proveedor para enviar una solicitud de autorización de servicio y para que usted pueda recibir un suministro adicional de su medicamento recetado después de que se complete el suministro de emergencia para 72 horas.

Aetna Better Health se comunicará con su proveedor si Aetna Better Health necesita más información o tiempo para tomar una decisión sobre la autorización de su servicio. Se le informará de la comunicación a su proveedor solicitante. Si no está de acuerdo con que Aetna Better Health se tome más tiempo para revisar su solicitud o si no le gusta la forma en que Aetna Better Health manejó su solicitud, consulte la *Sección 8, Apelaciones y reclamos,* sobre cómo presentar un reclamo. Puede hablar con su administrador de atención sobre sus inquietudes, o puede llamar a la Línea de ayuda de inscripción del cuidado administrado de Cardinal Care al **1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608)**. Si tiene más información para compartir con Aetna Better Health para que ayude a decidir su caso, entonces usted o su proveedor pueden pedirle a Aetna Better Health que se tome más tiempo para tomar una decisión a fin de incluir la información adicional.

## Determinaciones adversas de beneficios

Si Aetna Better Health niega una solicitud de autorización de servicio, esto se denomina "determinación adversa de beneficios". También puede ocurrir una determinación adversa de beneficios cuando Aetna Better Health aprueba solo una parte de la solicitud de atención o un monto de servicio que es menor que lo que solicitó su proveedor. Los ejemplos de determinaciones adversas de beneficios incluyen cuando Aetna Better Health hace lo siguiente:

- Deniega o limita una solicitud de atención médica o servicios que su proveedor o usted cree que debería poder obtener, incluidos los servicios fuera de la red de su proveedor.
- Reduce, pausa o detiene la atención médica o los servicios que ya estaba recibiendo.
- No proporciona servicios de una manera oportuna.
- No actúa de manera oportuna para abordar las quejas y apelaciones.
- Rechaza su solicitud de reconsideración de una responsabilidad financiera.
- No paga la totalidad o parte de su atención médica o servicios.

Si Aetna Better Health toma una determinación adversa de beneficios, Aetna Better Health generalmente les notificará a su proveedor y a usted por escrito al menos 10 días antes de

realizar cambios en su servicio. Pero, si no tiene noticias de Aetna Better Health, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health o con el proveedor que le brindaría el servicio para hacer un seguimiento. Cuando Aetna Better Health le notifique la decisión por escrito, Aetna Better Health le informará cuál fue la decisión, por qué se tomó y cómo apelar si no está de acuerdo. Debe compartir una copia de la decisión con su proveedor. Si no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una apelación. Consulte la *Sección 8, Apelaciones y reclamos*, para obtener más información sobre el proceso de apelación.

# 8. Apelaciones y reclamos

## Apelaciones

**Cuándo presentar una apelación ante Aetna Better Health**

Tiene derecho a presentar una apelación si no está de acuerdo con una determinación adversa de beneficios (consulte la *Sección 7 Cómo obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos*) que Aetna Better Health toma sobre su cobertura de salud o servicios cubiertos. Debe apelar dentro de los 60 días calendario después de enterarse de la decisión de Aetna Better Health sobre su solicitud de autorización de servicios. Puede permitir que un representante autorizado (proveedor, familiar, etc.) o su abogado actúe en su nombre. Si decide permitir que alguien presente la apelación en su nombre, debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health al **1-800-279-1878 (TTY: 711)** para informar a Aetna Better Health. Consulte la *Sección 7, Cómo obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos,* para obtener más información sobre autorizaciones de servicios y determinaciones adversas de beneficios.

Si necesita ayuda con una apelación, puede hablar con su administrador de atención. Al gestionar las apelaciones, Aetna Better Health le brindará toda la asistencia razonable para completar formularios y realizar otros pasos procesales relacionados con una apelación. Esto incluye, entre otros, ayudas y servicios auxiliares a pedido, como proporcionar servicios de interpretación y números gratuitos que tengan capacidad adecuada de TTY/TTD e interpretación.

No perderá la cobertura si presenta una apelación. En algunos casos, es posible que pueda seguir recibiendo servicios que le fueron denegados mientras espera una decisión sobre su apelación. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si su apelación es sobre un servicio que recibe que está programado para finalizar o reducirse. Si no gana su apelación, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba su apelación.

**Cómo enviar su apelación a Aetna Better Health**

Puede presentar su apelación por teléfono o por escrito. Puede enviar una solicitud de apelación estándar (regular) o acelerada (rápida). Puede decidir presentar una apelación acelerada si usted o su proveedor creen que su afección de salud o la necesidad de los servicios requiere una revisión urgente.

| | |
|---|---|
| **Solicitudes telefónicas** | **1-800-279-1878**<br>TTY: 711 |

| | |
|---|---|
| **Solicitudes por escrito** | Por correo: P.O. Box 81139<br>5801 Postal Road<br>Cleveland, OH 44181<br>Fax: **866-669-2459** |

**Plazo para apelar a Aetna Better Health**
Cuando presente una apelación, asegúrese de informar a Aetna Better Health sobre cualquier información nueva o adicional que desee que se use para tomar la decisión sobre la apelación. Puede presentar su apelación en forma oral o escrita dentro de los 60 días calendario a partir de la carta de Aviso de acción (NOA). Si necesita ayuda, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros. Dentro de los tres días hábiles, Aetna Better Health le enviará una carta para informarle que Aetna Better Health recibió su apelación.

Si Aetna Better Health necesita más información para ayudar a tomar una decisión sobre la apelación, Aetna Better Health le enviará un aviso por escrito dentro de los dos días calendario posteriores a la recepción de su apelación para decirle qué información se necesita. Para apelaciones aceleradas (es decir, apelaciones que deben realizarse en un plazo más rápido de lo normal), Aetna Better Health también lo llamará de inmediato. Si Aetna Better Health necesita más información, la decisión sobre su apelación acelerada o estándar podría demorarse hasta 14 días a partir de los plazos respectivos.

Si Aetna Better Health tiene toda la información necesaria, hará lo siguiente:
- Dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud de apelación *acelerada*, Aetna Better Health le enviará un aviso por escrito e intentará proporcionarle un aviso verbal para informarle la decisión.
- Dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación *estándar*, Aetna Better Health le enviará un aviso por escrito para informarle la decisión.

**Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Aetna Better Health**
Aetna Better Health tiene un nivel de apelación que puede solicitar. Después de ese paso, puede presentar una apelación ante el Departamento a través de lo que se conoce como el proceso de audiencia imparcial del estado después de presentar una apelación ante Aetna Better Health en los siguientes casos:
- No está de acuerdo con la decisión final sobre la apelación que recibió de Aetna Better Health.

**O BIEN**
- Aetna Better Health no responde a su apelación de manera oportuna.

Al igual que el proceso de apelaciones de Aetna Better Health, es posible que pueda seguir recibiendo los servicios que le fueron denegados mientras espera una decisión sobre su apelación de la audiencia imparcial del estado (pero, en última instancia, tendrá que pagar por estos servicios si se deniega su apelación de la audiencia imparcial del estado).

**Cómo presentar su apelación de audiencia imparcial del estado**
Usted (o su representante autorizado) debe apelar ante el estado dentro de los 120 días calendario desde que Aetna Better Health emite su decisión final sobre la apelación. Puede apelar por teléfono, por escrito o electrónicamente. Si apela por escrito, puede escribir su propia carta o usar el formulario de solicitud de apelación del Departamento. Asegúrese de incluir una copia completa del aviso final por escrito que muestre la decisión de la apelación de Aetna Better Health y cualquier documento que desee que el Departamento revise. Si ha elegido un representante autorizado, debe proporcionar documentos que demuestren que esa persona puede actuar en su nombre. También puede presentar una apelación en línea en el sitio web del Departamento utilizando el portal del sistema gestión de la información para apelaciones (AIMS) Puede encontrar más información sobre cómo presentar una apelación a través de AIMS en el sitio web de apelaciones del Departamento en dmas.virginia.gov/appeals/.

Si desea que su audiencia imparcial del estado se tramite rápidamente, debe indicar con claridad "SOLICITUD ACELERADA" en su solicitud de audiencia imparcial del estado. También debe pedirle a su proveedor que envíe una carta al Departamento que explique por qué necesita una solicitud de audiencia imparcial del estado acelerada.

| | |
|---|---|
| **Solicitudes telefónicas** | **1-804-371-8488**<br>**TTY: 1-800-828-1120** |
| **Solicitudes por escrito** | Por correo: Appeals Division, DMAS, 600 E. Broad Street, Richmond, VA 23219<br>Fax: **804-452-5454** |
| **Solicitudes electrónicas** | Sitio web: **dmas.virginia.gov/appeals**<br>Correo electrónico: appeals@dmas.virginia.gov<br><br>Sistema de gestión de la información para apelaciones (AIMS) del DMAS<br>Sitio web para registrarse en AIMS:<br>**appeals-registration.dmas.virginia.gov/client**<br>Portal de AIMS para presentar apelaciones:<br>**login.vamedicaid.dmas.virginia.gov** |

**Plazo para la apelación de la audiencia imparcial del estado**
Después de presentar su apelación de audiencia imparcial del estado, el Departamento le informará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia programada. La mayoría de las audiencias se pueden hacer por teléfono. También puede solicitar una audiencia en persona.

Si califica para una apelación de audiencia imparcial del estado *acelerada*, la audiencia generalmente se llevará a cabo dentro de uno o dos días después de que el Departamento reciba la carta de solicitud acelerada de su proveedor. El Departamento emitirá una decisión de la apelación por escrito dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la carta de solicitud acelerada de su proveedor.

Para las apelaciones *estándar* de audiencia imparcial del estado, el Departamento generalmente emitirá una decisión de la apelación por escrito dentro de los 90 días posteriores a la presentación de su apelación ante Aetna Better Health. El plazo de 90 días no incluye la cantidad de días entre la decisión de Aetna Better Health sobre su apelación y la fecha en que envió su solicitud de audiencia imparcial del estado al Departamento. Tendrá la oportunidad de participar en una audiencia y presentar su posición.

**Resultado de la audiencia imparcial del estado**
Si la audiencia imparcial del estado revoca la decisión de la apelación de Aetna Better Health, Aetna Better Health debe autorizar o proporcionar los servicios tan pronto como lo requiera su afección y a más tardar 72 horas a partir de la fecha en que el Departamento da aviso a Aetna Better Health. Si continuó recibiendo servicios mientras esperaba una decisión sobre su apelación de audiencia imparcial del estado, Aetna Better Health debe pagar esos servicios. Si no gana su apelación, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba su apelación. La decisión de la audiencia imparcial del estado es la decisión final del Departamento. Si no está de acuerdo, puede apelar a su tribunal de circuito local.

**Cómo los miembros de FAMIS solicitan una revisión externa**
Los miembros de FAMIS pueden solicitar una revisión externa en lugar de una audiencia imparcial del estado o además de esta. Usted o su representante autorizado deben presentar una solicitud por escrito para una revisión externa dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la decisión final sobre la apelación de Aetna Better Health. Envíe por correo las solicitudes de revisión externa a la siguiente dirección:

FAMIS External Review
c/o Kepro
2810 N. Parham Road Suite 305

Henrico, VA 23294
O envíelas en línea en www.DMAS.KEPRO.COM

Incluya lo siguiente: su nombre, el nombre de su hijo (o su nombre, si fue por servicios que usted recibió), el número de identificación de Medicaid de su hijo, su número de teléfono con código de área y copias de cualquier aviso o información relevante.

## Reclamos

**Cuándo presentar un reclamo**

Tiene derecho a presentar un reclamo (una "queja") en cualquier momento. No perderá su cobertura por presentar un reclamo.

Puede quejarse de cualquier cosa excepto de una decisión sobre su cobertura de salud o servicios cubiertos. (Para ese tipo de problemas, deberá presentar una apelación; consulte más arriba). Puede presentar un reclamo ante Aetna Better Health o una organización externa si no está satisfecho. Puede presentar reclamos sobre lo siguiente:

- Accesibilidad: por ejemplo, si no puede acceder físicamente al consultorio/instalaciones de su proveedor o si necesita ayuda con el idioma y no la obtuvo.
- Calidad: por ejemplo, si no está satisfecho con la calidad de la atención que recibió en el hospital.
- Servicios al cliente: por ejemplo, si su proveedor o personal de atención médica fue grosero con usted.
- Tiempos de espera: por ejemplo, si tiene problemas para conseguir una cita o tiene que esperar mucho tiempo para ver a su proveedor.
- Tiempos de espera para una decisión: Por ejemplo, si no está satisfecho con la extensión de tiempo propuesta por Aetna Better Health para tomar una decisión de autorización.
- Privacidad: por ejemplo, si alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió su información confidencial.

**Cómo presentar un reclamo ante Aetna Better Health**

Para presentar un reclamo ante Aetna Better Health, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878 (TTY: 711)** o presente un reclamo por escrito enviándolo por correo a PO Box 81139, 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181 o por fax al **866-669-2459**. Con la excepción de un abogado, un proveedor o un representante autorizado puede presentar una queja en su nombre con su consentimiento por escrito. Asegúrese de incluir detalles sobre el motivo del reclamo para que Aetna Better Health pueda ayudar.

Si necesita ayuda con un reclamo, puede hablar con su administrador de atención. Al gestionar los reclamos, Aetna Better Health le brindará toda la asistencia razonable para completar formularios y realizar otros pasos procesales relacionados con un reclamo. Esto incluye, entre otros, ayudas y servicios auxiliares a pedido, como proporcionar servicios de interpretación y números gratuitos que tengan capacidad adecuada de TTY/TTD e interpretación.

Aetna Better Health le informará nuestra decisión dentro de los 90 días calendario posteriores a la recepción de su reclamo. Si su reclamo es sobre su solicitud de apelación acelerada (consulte arriba), Aetna Better Health responderá dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su reclamo.

**Cómo presentar un reclamo ante una organización externa**

Para presentar un reclamo ante una organización externa que no esté afiliada a Aetna Better Health, puede hacer lo siguiente:

- Llame a la línea de ayuda de inscripción del cuidado administrado de Cardinal Care al **1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608).**
- Comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de EE. UU.:
    - Solicitudes telefónicas: **1-800-368-1019 (TTY: 800-537-7697)**.
    - Solicitudes por escrito: Office of Civil Rights – Region III, Department of Health and Human Services, 150 S Independence Mall West Suite 372, Public Ledger Building, Philadelphia, PA 19106; o envíe un fax al 215-861-4431.
- Comuníquese con el Defensor del pueblo de atención a largo plazo de Virginia (para reclamos, inquietudes o asistencia con la atención en un centro de atención de enfermería o servicios y apoyos a largo plazo en la comunidad:
    - Solicitudes telefónicas: **1-800-552-5019 (TTY: 1-800-464-9950)**.
    - Solicitudes por escrito: Virginia Office of the State Long-Term Care Ombudsman, Virginia Department for Aging and Rehabilitative Services, 8004 Franklin Farms Drive Henrico, Virginia 23229.
- Contacte a la Oficina de Licencias y Certificación del Departamento de Salud de Virginia (para reclamos específicos de centros de atención de enfermería, hospitales para pacientes internados y externos, centros de aborto, organizaciones de atención domiciliaria, programas de hospicio, centros de diálisis, laboratorios clínicos y planes de salud):
    - Solicitudes telefónicas: **1-800-955-1819 (TTY: 711)**.
    - Solicitudes por escrito: Virginia Department of Health, Office of Licensure and Certification, 9960 Maryland Drive, Suite 401, Richmond, Virginia 23233-1463; o por correo electrónico: mchip@vdh.virginia.gov.

# 9. Costos compartidos

## Copagos

Los copagos son el pago de un monto fijo por ciertos servicios cubiertos por Aetna Better Health o el Departamento. La mayoría de los miembros de Aetna Better Health no deberán copagos por los servicios cubiertos. Sin embargo, hay algunas excepciones (ver más abajo). Si recibe una factura por un servicio cubierto, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda al **1-800-279-1878 (TTY: 711)**. Recuerde, si obtiene servicios que no están cubiertos por Aetna Better Health o el Departamento, debe pagar el costo total.

Si tiene Medicare, es posible que tenga copagos por medicamentos con receta cubiertos por la Parte D de Medicare.

## Pago del paciente

Si recibe LTSS, es posible que deba pagar una parte de su atención. Esto se llama monto de pago del paciente. Si tiene Medicare, también puede tener una responsabilidad de pago de paciente para la atención en un centro de atención de enfermería especializada. Su DSS local le notificará si tiene una responsabilidad de pago del paciente y puede responder preguntas sobre su monto de pago del paciente.

## Primas

No necesita pagar una prima por su cobertura. Sin embargo, el Departamento le paga a Aetna Better Health una prima mensual por su cobertura. Si está inscrito en Aetna Better Health, pero en realidad no califica para la cobertura porque la información que proporcionó al Departamento o a Aetna Better Health era falsa o porque no informó un cambio (como un aumento en sus ingresos, que puede afectar si califica para Medicaid/FAMIS), es posible que tenga que devolverle al Departamento el costo de las primas mensuales. Tendrá que pagarle al Departamento incluso si no recibió servicios durante esos meses.

# 10. Sus derechos

## Derechos generales

Como miembro de Cardinal Care, tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información sobre la organización, sus servicios, profesionales y proveedores, y los derechos y las responsabilidades de los miembros.
- Recibir un trato con respeto y reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad.
- Participar con los profesionales en la toma de decisiones sobre su atención médica.
- Conversar abiertamente sobre las opciones de tratamiento médicamente necesario o apropiado para sus afecciones, independientemente de la cobertura del beneficio o el costo.
- Expresar sus reclamos o presentar apelaciones sobre la organización o la atención que esta brinda.
- Hacer recomendaciones respecto de la política de derechos y responsabilidades de los miembros de Aetna Better Health.
- Ejercer sus derechos, y que el ejercicio de esos derechos no afecte negativamente la forma en que Aetna Better Health y sus proveedores de la red o el Estado tratan al miembro.
- Recibir información sobre los copagos aplicables u otros costos de los cuales el miembro es responsable.
- Estar libre de cualquier limitación o aislamiento utilizados como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir tratamiento que no discrimine por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética o fuente de pago.
- Recibir información y un tratamiento que tengan en cuenta los orígenes culturales o étnicos de los miembros, sus limitaciones lingüísticas, sus necesidades y limitaciones de lectura y sus limitaciones auditivas o de la vista.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada de manera adecuada para la afección del miembro y capacidad para comprender.
- Servicios de interpretación gratuitos para miembros que tengan dominio limitado del inglés o problemas auditivos.
- Recibir información sobre sus instrucciones anticipadas y formular o anular las instrucciones anticipadas.
- Derecho (del miembro o del representante autorizado del miembro) a acceder a los registros del miembro conforme a la ley federal y estatal correspondiente, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).

- El derecho de los miembros o de sus representantes autorizados a solicitar modificaciones o correcciones al registro del miembro de conformidad con la ley.
- Elegir un PCP de la red de Aetna Better Health.
- Obtener una segunda opinión de un profesional de salud calificado participante sin costo para usted. Si un profesional de Aetna Better Health no se encuentra disponible, Aetna Better Health coordina una segunda opinión fuera de la red. El costo para el miembro no excederá el de un servicio obtenido dentro de la red.
- Obtener atención de emergencia sin aprobación previa de Aetna Better Health o del PCP del miembro, independientemente de si el centro de atención de emergencia está en la red de Aetna Better Health.
- No sufrir discriminación por la raza, el color, grupo étnico o nacionalidad, edad, sexo, orientación sexual, expresión e identidad de género, religión, creencias políticas, estado civil, embarazo o parto, estado de salud o discapacidad.
- Recibir un trato respetuoso y considerado hacia su privacidad y dignidad.
- Recibir información (también a través de este manual) sobre su plan de salud, proveedor, cobertura y beneficios.
- Recibir información de una forma que pueda entender con facilidad. Recuerde que tiene a disposición servicios de interpretación, traducción por escrito y ayudas auxiliares sin cargo.
- Acceder a la atención médica y servicios de una forma oportuna, coordinada y culturalmente competente.
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento por parte de su proveedor y plan de salud.
- Participar en todas las decisiones sobre su atención médica, incluyendo el derecho a decir “no” a cualquier tratamiento que le ofrezcan.
- Pedirle ayuda a su plan de salud si su proveedor no ofrece un servicio por motivos morales o religiosos.
- Recibir una copia de sus registros médicos y pedir que los cambien o los corrijan conforme a las leyes estatales y federales.
- Que sus registros médicos y tratamiento sean confidenciales y privados. Aetna Better Health solo divulgará su información si la ley federal o estatal lo permite, o si es obligatorio para controlar la calidad de la atención o proteger contra fraude, uso indebido y abuso.
- Vivir con seguridad en el entorno que elija. Si usted o alguien que conoce es víctima de abuso, negligencia o está siendo estafado financieramente, llame a su DSS local o al DSS de Virginia al **1-888-832-3858**. Esta llamada es gratuita.
- Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades, y ejercer sus derechos sin que sus proveedores, Aetna Better Health ni el Departamento lo maltraten.
- Estar libre de cualquier limitación o aislamiento utilizados como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.

- Presentar apelaciones y reclamos, y pedir una audiencia imparcial del estado (consulte la *Sección 8, Apelaciones y reclamos)*.
- Ejercer cualquier otro derecho que garanticen las leyes federales o estatales (por ejemplo, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades).

### Instrucciones anticipadas

Las instrucciones anticipadas son instrucciones por escrito para las personas que se ocupan de su cuidado donde se explica qué deben hacer si usted no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo. Sus instrucciones anticipadas describen el tipo de atención que desea o no desea en caso de que esté gravemente enfermo o lesionado y no pueda hablar por sí mismo. Es su derecho y su decisión completar o no una instrucción anticipada.
Aetna Better Health es responsable de proporcionarle información por escrito sobre las instrucciones anticipadas y su derecho a crear instrucciones anticipadas en virtud de la ley de Virginia. Aetna Better Health también debe ayudarle a entender por qué es posible que Aetna Better Health no pueda seguir sus instrucciones anticipadas.

Si desea una instrucción anticipada, puede completar un formulario de instrucciones anticipadas. Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de las siguientes formas:

- En la página Virginiaadvancedirectives.org.
- De su administrador de atención, si tiene uno.
- De su proveedor, un abogado, una agencia de servicios legales, un trabajador social, el hospital.
- Del Departamento de Servicios para Miembros, si corresponde.

Puede cancelar o cambiar sus instrucciones anticipadas o poder para la atención médica si cambian sus decisiones o preferencias sobre las decisiones de atención médica o su representante autorizado. Si su proveedor no sigue sus instrucciones anticipadas, puede presentar reclamos ante la División de Ejecución del Departamento de Profesiones de la Salud de Virginia:

- **1-800-533-1560 (TTY: 711)**.
- Por correo electrónico enfcomplaints@dhp.virginia.gov.
- Escriba a Virginia Department of Health Professions, Enforcement Division, 9960 Maryland Drive, Suite 300, Henrico, Virginia 23233-146.

Si cree que Aetna Better Health no le ha dado la información que necesita sobre las instrucciones anticipadas o si le preocupa que Aetna Better Health no esté siguiendo sus

instrucciones anticipadas, puede comunicarse con el Departamento para presentar un reclamo:

- Por teléfono al **1-800-643-2273 (TTY: 711**).
- Por correo electrónico DMAS-Info@dmas.virginia.gov.
- O bien, escriba al Departamento a Department of Medical Assistance Services, 600 East Broad Street, Richmond, Virginia 23219.

## Comité de Asesoramiento de Miembros

Tiene derecho a decirnos de qué forma el Departamento y Aetna Better Health pueden brindarle un mejor servicio. Aetna Better Health lo invita a unirse al Comité de Asesoramiento de Miembros de Aetna Better Health. Como miembro del comité, puede participar en reuniones educativas que se realizan una vez cada tres meses. Podrá asistir de manera virtual. La asistencia a las reuniones del comité les darán a usted y a su cuidador o familiar la posibilidad de brindar información sobre Cardinal Care y conocer a otros miembros. Si desea obtener más información o quiere asistir, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

También puede solicitar unirse al Comité de Asesoramiento de Miembros (MAC) del DMAS. El Departamento creó el MAC para proporcionar un método formal para que las voces de los inscritos se incluyan en el proceso de toma de decisiones del DMAS y para informar las estrategias de gestión de cambios del DMAS. El comité está completamente formado por personas inscritas en Medicaid o un representante autorizado de un inscrito. Si está interesado en obtener más información sobre el MAC, visite el sitio web del MAC del Departamento en **www.dmas.virginia.gov/about-us/boards-and-public-meetings/member-advisory-committee**.

# 11. Sus responsabilidades

## Responsabilidades generales

Los miembros de Aetna Better Health, sus familias o tutores tienen las siguientes responsabilidades:

- Proporcionar la información (en la medida de lo posible) que Aetna Better Health of Ohio y sus profesionales y proveedores necesiten para brindar atención.
- Seguir los planes e instrucciones de atención que se han acordado con sus médicos/proveedores.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento acordadas mutuamente, en la medida de lo posible.

Además, los miembros tienen las siguientes responsabilidades:

- Leer el Manual para miembros y otros documentos del plan que brindan información pertinente para utilizar los servicios y trabajar con Aetna Better Health.
- Seguir las normas de Aetna Better Health que se explican en el Manual para miembros y otros documentos del plan.
- Saber el nombre de su PCP asignado y del administrador de atención.
- Mostrar su tarjeta de identificación a cada profesional, proveedor y farmacia antes de obtener los servicios.
- Proteger su tarjeta de identificación de miembro y reportar la tarjeta de identificación se pierde o se la roban a Aetna Better Health.
- Usar la sala de emergencia (ER) solamente para verdaderas emergencias.
- Programar y mantener citas con proveedores y profesionales, e informar con 24 horas de antelación cuando se deba cambiar o cancelar la cita.
- Tratar a los proveedores, profesionales y demás miembros del personal con respeto.
- Informar cualquier modificación en la dirección o el número de teléfono del miembro a Aetna Better Health y al DMAS.
- Informar al DMAS los cambios familiares que puedan afectar la elegibilidad o inscripción.
  - Esto incluye cambios en el tamaño de la familia, la situación laboral y los traslados fuera del estado.
- Informar otras coberturas de seguro de salud, incluido Medicare, a Aetna Better Health
- Proporcionar al profesional/proveedor tratante una copia del testamento vital o instrucción anticipada del miembro.
- Seguir este manual, entender sus derechos y hacer preguntas cuando no entienda algo o quiera saber más.

- Tratar a los proveedores, al personal de Aetna Better Health y a otros miembros con respeto y dignidad.
- Elegir su PCP y, si es necesario, cambiarlo (consulte la *Sección 3, Proveedores y cómo obtener atención*).
- Llegar a tiempo a las citas y llamar al consultorio de su proveedor lo antes posible si debe cancelar o si va a llegar tarde.
- Mostrar su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba atención y servicios (consulte la *Sección 2, Descripción general del cuidado administrado de Cardinal Care*).
- Aportar (en la medida de sus posibilidades) información completa y exacta de su historial médico y sus síntomas.
- Entender sus problemas de salud y hablar con los proveedores sobre metas de tratamiento, cuando sea posible.
- Trabajar con su administrador de atención y el equipo de atención para crear y seguir un plan de atención que se adapte a sus necesidades (consulte la *Sección 4, Coordinación y administración de la atención*).
- Incluir en el equipo de atención de su tratamiento a personas que le sean útiles y le apoyen.
- Informar a Aetna Better Health cuando necesite cambiar su plan de atención.
- Recibir servicios cubiertos de la red de Aetna Better Health cuando sea posible (consulte la *Sección 3, Proveedores y cómo obtener atención*).
- Obtener la aprobación de Aetna Better Health para recibir servicios que requieren una autorización de servicio (consulte la *Sección 7, Cómo obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos*).
- Utilizar la sala de emergencias solo para emergencias.
- Pagar los servicios que recibe y que no están cubiertos por Aetna Better Health ni el Departamento.
- Reportar sospechas de fraude, uso indebido y abuso (consultar abajo).

**Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-279-1878 (TTY: 711) para informarle lo siguiente:**

- Si ha cambiado su nombre, dirección, número de teléfono o correo electrónico (consulte la *Sección 1, Comencemos*).
- Si su seguro de salud cambia de alguna forma (por ejemplo, de su empleador o compensación laboral) o tiene reclamaciones de responsabilidad, como de un accidente de tránsito.
- Si su identificación de miembro se dañó, se perdió o la robaron.

- Si tiene problemas con los proveedores o el personal de atención médica.
- Si ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería.
- Si cambia de cuidador o de cualquier otra persona responsable por usted.
- Si se une a un ensayo clínico o estudio de investigación.

## Denuncias de fraude, uso indebido y abuso

Como miembro de Cardinal Care, tiene la responsabilidad de denunciar sospechas de fraude, uso indebido y abuso, y asegurarse de no participar ni crear fraude, uso indebido y abuso. El fraude es un engaño o tergiversación intencional por parte de una persona que sabe que la acción podría derivar en un beneficio no autorizado para sí misma o para otra persona. El uso indebido es el uso excesivo, uso deficiente o mal uso de los recursos de Medicaid. El abuso es la práctica de causar un costo innecesario al programa de Medicaid o el pago de servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con ciertos estándares de atención médica.

**Estos son ejemplos de fraude, uso indebido y abuso por parte de un *miembro*:**

- Proporcionar información falsa sobre ingresos o activos para calificar para Medicaid.
- Vivir en forma permanente en un estado que no sea Virginia mientras recibe beneficios de Cardinal Care.
- Usar la identificación de miembro de otra persona para obtener servicios.

**Estos son ejemplos de fraude, uso indebido y abuso por parte de un *proveedor*:**

- Proporcionar servicios que no son médicamente necesarios.
- Facturar servicios que no se brindaron.
- Cambiar registros médicos para cubrir actividades ilegales.

**En la siguiente tabla, se incluye información sobre cómo denunciar sospechas de fraude, uso indebido o abuso:**

### Cómo denunciar fraude, uso indebido o abuso a Aetna Better Health of Virginia

| | |
|---|---|
| **Teléfono** | **1-844-317-5825**<br>**TTY: 711** |
| **Correo electrónico** | reportfraudabuseva@aetna.com |
| **Sitio web** | **AetnaBetterHealth.com/Virginia/medicaid-fraud-abuse-form.html** |

### Línea directa de fraude y abuso del Departamento

| | |
|---|---|
| **Por teléfono** | **804-786-1066**<br>**Número gratuito: 1-866-486-1971**<br>**TTY: 711** |
| **Correo electrónico** | RecipientFraud@DMAS.virginia.gov |
| **Por correo** | Department of Medical Assistance Services, Recipient Audit Unit<br>600 East Broad St Suite 1300<br>Richmond, VA 23219 |

### Unidad de Control de Fraude de Virginia Medicaid (Oficina del procurador general)

| | |
|---|---|
| **Por teléfono** | **804-371-0779**<br>**Número gratuito: 1-800-371-0824**<br>**TTY: 711** |
| **Por fax** | **804-786-3509** |
| **Correo electrónico** | MFCU_mail@oag.state.va.us |
| **Por correo** | Office of the Attorney General, Medicaid Fraud Control Unit<br>202 North Ninth Street<br>Richmond, VA 23219 |

### Línea directa de la Oficina del Inspector General del Estado de Virginia por casos de fraude, uso indebido y abuso

| | |
|---|---|
| **Teléfono** | **1-800-723-1615**<br>**TTY: 711** |
| **Correo electrónico** | covhotline@osig.virginia.gov |
| **Por correo** | State Fraud, Waste, and Abuse Hotline<br>101 N. 14th Street<br>The James Monroe Building 7th Floor<br>Richmond, VA 23219 |

## 12. Palabras clave y definiciones en este manual

- **Servicios de tratamiento de adicciones y recuperación (ARTS):** un beneficio de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias para miembros con adicciones. Los miembros pueden acceder a una serie completa de servicios de tratamiento para adicciones, como servicios para pacientes internados, servicios de tratamiento residencial, hospitalización parcial, tratamiento intensivo para pacientes externos, tratamiento asistido por medicamentos (MAT), servicios de uso de sustancias y opioides, y servicios de apoyo para la recuperación de pares.

- **Determinación Adversa de Beneficios:** cualquier decisión que tome el plan de salud de negar un servicio o una solicitud de autorización de servicio a un miembro. Esto incluye una aprobación para obtener un servicio por un monto que es inferior al solicitado.

- **Apelación:** una solicitud de una persona (o alguien en quien confían para que actúe en su nombre) para que el plan de salud revise nuevamente una solicitud de servicio y considere el cambio de una determinación adversa de beneficios hecha por el plan de salud sobre la cobertura de salud o los servicios cubiertos.

- **Representante autorizado:** una persona que puede tomar decisiones y actuar en nombre de un miembro. Los miembros pueden seleccionar un familiar, tutor o amigo de confianza para que sea su representante autorizado.

- **Medicamento de marca:** un medicamento que fabrica y vende una única compañía. Suele haber versiones genéricas de estos medicamentos con los mismos ingredientes, pero fabricadas por una compañía diferente.

- **Línea de ayuda de inscripción del cuidado administrado de Cardinal Care:** asistencia proporcionada por una organización que tiene un contrato con el Departamento para ayudar a las personas con las actividades de inscripción y a elegir un plan de salud. La Línea de ayuda de inscripción del cuidado administrado de Cardinal Care es gratis y se puede brindar por teléfono o en línea.

- **Cardinal Care:** Programa Medicaid/FAMIS de Virginia que incluye los dos programas anteriores de cuidado administrado de Medicaid del estado, Medallion 4.0 y Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus), miembros de Medicaid de pago por servicio (FFS), niños de FAMIS, FAMIS MOMS y FAMIS Cobertura Prenatal.

- **Coordinación de la atención:** ayuda que el plan de salud les da a los miembros para que puedan entender qué servicios tienen a disposición y cómo pueden obtener la atención médica o los servicios sociales que necesitan. La coordinación de la atención está disponible para todos los miembros, incluidos los que no tienen un administrador de atención asignado y no necesitan ni quieren administración de atención.

- **Administración de la atención:** apoyo continuo que el administrador de atención de un plan de salud brinda a los miembros con necesidades significativas de salud, sociales, entre otras. Entre los servicios de administración de atención se incluyen una revisión minuciosa de las necesidades del miembro, desarrollo de un plan de atención, comunicación regular con un administrador de atención y el equipo de atención del miembro, y ayuda para obtener atención médica y transiciones de servicios sociales entre distintos entornos de atención médica.

- **Administrador de atención:** un profesional de salud que trabaja para el plan de salud especializado en atención médica y que se asigna a ciertos miembros que tienen necesidades más significativas y trabaja en estrecha colaboración con ellos. El administrador de atención trabaja con el miembro, sus proveedores y los familiares/cuidadores para entender qué atención médica y servicios sociales necesita el miembro, ayudarle a recibir los servicios que necesita y apoyarlo a la hora de tomar decisiones sobre su cuidado.

- **Plan de atención:** es un plan que el miembro y su administrador de atención desarrollan y actualizan de forma regular y que describe la atención médica y las necesidades sociales de un miembro, los servicios que este recibirá para satisfacer sus necesidades, de qué forma obtendrá estos servicios, quién los proporcionará y, en algunos casos, con qué frecuencia lo hará.

- **Equipo de atención:** es un grupo de proveedores de atención médica, incluidos los médicos, enfermeros y asesores que selecciona el miembro, que lo ayudan a obtener la atención que necesita. El miembro y sus cuidadores forman parte del equipo de atención.

- **Exención de CCC Plus:** es un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) en Virginia que brinda atención en el hogar y en la comunidad en lugar de en un centro de atención de enfermería a los miembros que califican.

- **Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** es la agencia federal a cargo de los programas de Medicaid y Medicare.

- **Copago:** es un monto fijo en dólares que el miembro puede que tenga que pagar para obtener ciertos servicios. La mayoría de los miembros de Cardinal Care no deberán pagar copagos por los servicios cubiertos.

- **Cover Virginia:** centro de apoyo en todo el estado de Virginia. Las personas pueden llamar al 1-833-5CALLVA (TTY: 1-888-221-1590) de forma gratuita o visitar coverva.org/en para obtener información y solicitar un seguro de salud, renovar la cobertura, actualizar información y hacer preguntas.

- **Beneficios cubiertos:** servicios de atención médica y medicamentos con receta cubiertos por el plan de salud o el Departamento, incluidos los servicios de salud física médicamente necesarios, servicios de salud conductual y LTSS.

- **Doula:** persona capacitada de la comunidad que brinda apoyo a los miembros y sus familiares a lo largo del embarazo, durante el trabajo de parto y el parto, y hasta un año después de dar a luz.

- **Miembro con doble elegibilidad:** persona que tiene Medicare y cobertura completa de Medicaid.

- **Equipos médicos duraderos (DME):** equipos y aparatos médicos, como andadores, sillas de ruedas o camas de hospital, que los miembros pueden obtener y usar en casa cuando sea médicamente necesario.

- **Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT):** beneficio requerido por el gobierno federal al que tienen derecho los miembros de Medicaid menores de 21 años. Los EPSDT brindan servicios integrales para identificar la afección del niño, tratarla y mejorarla o evitar que empeore. Los EPSDT se aseguran de que los niños y jóvenes reciban los servicios preventivos, dentales, de salud mental, del desarrollo y especializados que necesitan.

- **Intervención Temprana (EI):** servicios para bebés menores de tres años que no están aprendiendo o desarrollándose como otros bebés. Los servicios pueden incluir terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional, coordinación de servicios y servicios de desarrollo para apoyar el aprendizaje y el desarrollo.

- **Elegible:** cumplir con las condiciones o requisitos de un programa.

- **Atención de emergencia (o servicios de emergencia):** tratamiento o servicios que recibe una persona por una afección médica de emergencia.

- **Afección Médica de Emergencia:** cuando una enfermedad o lesión es tan grave que la salud, las funciones corporales, los órganos o las partes del cuerpo de una persona (o, según corresponda, de sus bebés por nacer) pueden estar en peligro si no reciben atención médica de inmediato.

- **Transporte Médico de Emergencia:** transporte en una ambulancia o un vehículo de emergencia hasta una sala de emergencias para recibir atención médica. Los miembros pueden obtener transporte médico de emergencia llamando al 911.

- **Atención en la Sala de Emergencias:** sala de hospital con personal y equipos para el tratamiento de las personas que requieren atención o servicios médicos de inmediato.

- **Servicios excluidos:** servicios que no están cubiertos por Cardinal Care por el plan de salud o el Departamento.

- **Plan Acceso familiar a seguridad de seguro médico (FAMIS) o niños de FAMIS:** programa integral de seguro de salud administrado por el gobierno federal y estatal para niños sin seguro desde el nacimiento hasta los 18 años que no son elegibles para Medicaid con ingresos inferiores al 200% del nivel federal de pobreza.

- **FAMIS MOMS**: programa de seguro de salud administrado por el gobierno federal y estatal para mujeres embarazadas sin seguro con elegibilidad de ingresos igual que los niños de FAMIS.

- **Atención prenatal de FAMIS (PC de FAMIS)**: programa de seguro de salud administrado por el gobierno federal y estatal para mujeres embarazadas que no son elegibles para Medicaid o FAMIS MOMS debido a su ciudadanía o estado migratorio. La cobertura comienza durante el embarazo y dura hasta dos meses después del nacimiento del bebé.

- **Fraude, uso indebido y abuso:** el fraude es un engaño o tergiversación intencional por parte de una persona que sabe que la acción podría derivar en un beneficio no autorizado para sí misma o para otra persona. El uso indebido es el uso excesivo, uso deficiente o mal uso de los recursos de Medicaid. El abuso es la práctica de un miembro o proveedor de causar un costo innecesario al programa de Medicaid o el pago de servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con ciertos estándares de atención médica.

- **Medicamento genérico:** medicamento aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca debido a que tienen los mismos ingredientes y funcionan de la misma manera.

- **Causas justificadas:** razones aceptables para cambiar la cobertura de salud. Los ejemplos de causas justificadas son los siguientes: (1) una persona se muda fuera del estado, o (2) el plan de salud no puede proporcionar los servicios médicos requeridos.

- **Queja (o reclamo):** reclamo escrito o verbal que un individuo hace a su plan de salud o a una organización externa. Los reclamos pueden ser inquietudes sobre la accesibilidad, la calidad de la atención, el servicio al cliente, los tiempos de espera y la privacidad.

- **Servicios y dispositivos de habilitación:** servicios y dispositivos que ayudan a las personas a mantener, aprender o mejorar las habilidades o el funcionamiento para la vida diaria.

- **Evaluación de salud:** evaluación detallada realizada por el administrador de atención para ayudar a identificar las necesidades, metas y preferencias de salud, sociales y de otro tipo de un miembro. La evaluación de salud ayuda a guiar el desarrollo del plan de atención para los miembros que reciben administración de la atención.

- **Seguro de salud:** tipo de cobertura de seguro que paga algunos o todos los costos de atención médica del miembro. Una empresa o agencia gubernamental establece las normas sobre cuándo y cuánto pagar.

- **Plan de salud (o Plan):** organización de cuidado administrado de Cardinal Care Medicaid/FAMIS que tiene contratos con un grupo de médicos, hospitales, farmacias, otros proveedores y administradores de atención. Todos trabajan juntos para brindarles a los miembros la atención y la coordinación de la atención que necesitan.

- **Pruebas de detección:** evaluación administrada a todos los miembros por el plan de salud para ayudar a comprender si el miembro se beneficiaría de la administración de la atención. En la evaluación se les pregunta a los miembros sobre sus necesidades de salud, necesidades sociales, afecciones médicas, capacidad para hacer las cosas cotidianas y condiciones de vida.

- **Auxiliar de atención médica a domicilio:** servicios a corto plazo proporcionados a miembros de Medicaid para ayudarlos con la atención personal. Los auxiliares de atención médica a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

- **Atención médica a domicilio:** servicios de atención médica que un miembro recibe en el hogar, incluida la atención de enfermería, los servicios de asistencia médica a domicilio, la fisioterapia/terapia ocupacional y otros servicios.

- **Servicios de hospicio:** atención para brindar comodidad y apoyo a los miembros (y sus familias) con un pronóstico terminal, lo que significa que se espera que la persona tenga seis meses o menos de vida. Un miembro con un pronóstico terminal tiene derecho a optar por permanecer en el hospicio. En el 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.

- **Atención hospitalaria para pacientes externos:** atención o tratamiento en un hospital que generalmente no requiere una estadía por la noche.

- **Hospitalización:** cuando una persona es admitida en un hospital como paciente para recibir atención. Esto también se conoce como atención hospitalaria para pacientes internados.

- **Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS):** servicios y apoyos que ayudan a las personas mayores y a los niños o adultos con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias y mantener su independencia. Algunos ejemplos incluyen asistencia para bañarse, vestirse, comer y otras actividades básicas de la vida cotidiana y de cuidado personal, así como también apoyo para tareas diarias, como el lavado de ropa, las compras y el transporte. Los miembros pueden obtener los LTSS en el entorno adecuado para ellos: el hogar, la comunidad o un centro de atención de enfermería.

- **Pago por servicio (FFS) de Medicaid o FAMIS:** forma en que el Departamento paga a los proveedores por los servicios de Medicaid o FAMIS. Los miembros de Cardinal Care que no están inscritos en cuidado administrado están inscritos en FFS.

- **Cuidado administrado de Medicaid/FAMIS:** cuando el Departamento tiene un contrato con un plan de salud para brindar beneficios de Medicaid/FAMIS a los miembros.

- **Medicaid:** programa de seguro de salud administrado por el gobierno federal y estatal que brinda atención y cobertura de salud gratuita o de bajo costo a personas de bajos ingresos. En Virginia, Medicaid se llama Cardinal Care.

- **Médicamente necesario:** servicios, suministros o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o sus síntomas. Médicamente necesario también

significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica o son necesarios según las normas de cobertura actuales de Medicaid de Virginia.

- **Medicare:** programa federal de seguro 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 un trasplante de riñón) o esclerosis lateral amiotrófica (ELA).

- **Parte A de Medicare:** programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención médicamente necesaria en hospitales, centros de atención de enfermería especializada, atención médica en el hogar y atención en un hospicio.

- **Parte B de Medicare:** programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas con el proveedor) 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 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 de Medicare:** programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. La Parte D de Medicare 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.

- **Servicios cubiertos por Medicare:** servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

- **Departamento de Servicios para Miembros:** departamento del plan de salud responsable de responder preguntas sobre membresía, beneficios, apelaciones y reclamos.

- **Red:** grupo de médicos, clínicas, hospitales, farmacias y otros proveedores contratados por el plan de salud para brindar atención a los miembros.

- **Proveedor de la red (o proveedor participante):** proveedor o centro que tiene un contrato con el plan de salud para brindar servicios de atención médica cubiertos a los miembros.

- **Farmacia de la red:** farmacia que ha aceptado obtener medicamentos con receta para los miembros del plan de salud. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de las farmacias de la red del plan de salud.

- **Centro de atención de enfermería:** centro de atención médica que proporciona atención para personas que no pueden obtener atención en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital. Los miembros deben cumplir con criterios específicos para vivir en un centro de atención de enfermería.

- **Proveedor fuera de la red (o proveedor no participante):** proveedor o centro que el plan de salud no emplea, opera ni del que es propietario y que además no ha firmado un contrato para ofrecerles servicios de atención médica cubiertos a los miembros.

- **Pago del paciente:** monto que un miembro puede tener que pagar por los LTSS en función de sus ingresos. El DSS local calcula el monto de pago del paciente del miembro si vive en un centro de atención de enfermería o recibe servicios de exención de CCC Plus y tiene la obligación de pagar una parte de la atención.

- **Servicios de un auxiliar de atención personal:** servicios proporcionados por un auxiliar de atención personal que ayuda a los miembros con la atención personal (bañarse, usar el baño, vestirse o hacer ejercicios) de forma continua o a largo plazo.

- **Prima:** cantidad mensual que se le puede exigir a un miembro que pague por su seguro de salud cada mes. Los miembros de cuidado administrado de Cardinal Care Medicaid no necesitan pagar ninguna prima por la cobertura. Si un miembro está inscrito en un plan de salud, pero no califica para la cobertura debido a que la información que informó al Departamento o al plan de salud era falsa o debido a que no informó un cambio, es posible que el miembro deba devolverle al Departamento el costo de las primas mensuales. El miembro tendrá que reembolsar al Departamento, aunque no haya recibido servicios durante esos meses.

- **Cobertura de medicamentos con receta (o medicamentos cubiertos):** medicamentos con receta cubiertos (pagados) por el plan de salud. El plan de salud también cubre algunos medicamentos de venta libre.

- **Medicamentos con receta:** medicamentos que, por ley, los miembros solo pueden obtener a través de una receta del proveedor.

- **Proveedor de atención primaria (PCP) (o médico de atención primaria):** médico o profesional en enfermería que ayuda a los miembros a estar y mantenerse saludables mientras atiende sus necesidades. Los PCP brindan y coordinan los servicios de atención médica.

- **Servicios de atención de enfermería privada:** servicios de enfermería especializada en el hogar proporcionados por un enfermero certificado (RN) autorizado o un enfermero auxiliar diplomado bajo la supervisión de un RN, a los miembros de los servicios de exención de CCC Plus que tienen afecciones médicas graves o necesidades de atención médica complejas. Los niños y jóvenes de Medicaid menores de 21 años también pueden obtener servicios de atención de enfermería privada bajo el beneficio de EPSDT.

- **Dispositivos ortésicos y protésicos:** dispositivos médicos ordenados por el proveedor de un miembro. Entre los productos cubiertos se incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos para reemplazar una función o parte interna del cuerpo.

- **Proveedor:** médicos, profesionales en enfermería, especialistas y otras personas autorizadas para brindar atención médica o servicios a los miembros. Muchos tipos de proveedores participan en la red de cada plan de salud.

- **Servicios del proveedor (o servicios del médico):** atención brindada por una persona con licencia en virtud de la ley estatal de Virginia para ejercer la medicina, realizar cirugías o brindar servicios de salud conductual.

- **Remisión:** aprobación de un PCP para usar otros proveedores en la red del plan de salud. Se requiere la remisión de un PCP antes de que un miembro pueda ver a otros proveedores de la red.

- **Servicios y dispositivos de rehabilitación:** tratamiento para ayudar a las personas a recuperarse de una enfermedad, accidente, lesión u operación importante.

- **Autorización de servicio (o autorización previa):** aprobación que puede ser necesaria antes de que un miembro pueda obtener ciertos servicios, tratamientos o medicamentos con receta. Las autorizaciones de servicios son solicitadas por los proveedores al plan de salud para ayudar a garantizar que se pueda pagar al proveedor por los servicios que brinda al miembro.

- **Atención de enfermería especializada:** atención o tratamiento especializado que solo puede ser proporcionado por enfermeros con licencia. Ejemplos de necesidades de enfermería especializada son los vendajes de heridas complejos, rehabilitación, alimentación por sonda o estado de salud que cambia repentinamente.

- **Centro de atención de enfermería especializada (SNF):** centro con personal y equipo para brindar atención de enfermería especializada, en la mayoría de los casos, servicios especializados de rehabilitación y otros servicios de salud relacionados.

- **Especialista:** proveedor que tiene capacitación adicional en servicios de un área específica de medicina, como un cirujano. La atención que reciben los miembros de un especialista se denomina atención especializada.

- **Audiencia Imparcial del Estado:** proceso en el que un miembro apela al estado sobre una decisión tomada por el plan de salud. Las personas pueden presentar una apelación de audiencia imparcial del estado si el plan de salud no responde o no proporciona una decisión sobre la apelación de una persona a tiempo, o si la persona no está de acuerdo con la decisión de la apelación del plan.

- **Atención Urgente:** atención que recibe una persona por una enfermedad o lesión que necesita atención médica rápidamente y que podría convertirse en una emergencia.

- **Autorización de servicio (o autorización previa):** aprobación que puede ser necesaria antes de que un miembro pueda obtener ciertos servicios, tratamientos o medicamentos con receta. Las autorizaciones de servicios son solicitadas por los proveedores al plan de salud para ayudar a garantizar que se pueda pagar al proveedor por los servicios que brinda al miembro.

- **Atención de enfermería especializada:** atención o tratamiento especializado que solo puede ser proporcionado por enfermeros con licencia. Ejemplos de necesidades de enfermería especializada son los vendajes de heridas complejos, rehabilitación, alimentación por sonda o estado de salud que cambia repentinamente.

- **Centro de atención de enfermería especializada (SNF):** centro con personal y equipo para brindar atención de enfermería especializada, en la mayoría de los casos, servicios especializados de rehabilitación y otros servicios de salud relacionados.

- **Especialista:** proveedor que tiene capacitación adicional en servicios de un área específica de medicina, como un cirujano. La atención que reciben los miembros de un especialista se denomina atención especializada.

- **Audiencia Imparcial del Estado:** proceso en el que un miembro apela al estado sobre una decisión tomada por el plan de salud. Las personas pueden presentar una apelación de audiencia imparcial del estado si el plan de salud no responde o no proporciona una decisión sobre la apelación de una persona a tiempo, o si la persona no está de acuerdo con la decisión de la apelación del plan.

- **Atención Urgente:** atención que recibe una persona por una enfermedad o lesión que necesita atención médica rápidamente y que podría convertirse en una emergencia.

# Información útil

### Nuestro sitio web
**AetnaBetterHealth.com/Virginia**

### Dirección postal
Aetna Better Health of Virginia
PO Box 818044
Cleveland, OH 44184-8044

### Servicios al Miembro
**1-800-279-1878** las 24 horas del día, los 7 días de la semana

### Servicios para personas con dificultades de audición y del habla
**711**

### Servicios de traducción/ interpretación
**1-800-279-1878**

### Servicios para la salud del comporamiento y cosumo de sustancias tóxicas y Línea directa las 24 horas
**1-800-279-1878**

### Administración de la atención
**1-800-279-1878**

### Línea de enfermería las 24 horas
**1-877-878-8940**

### Odontología (Smiles for Children)
**1-888-912-3456**

### Transporte
**1-800-734-0430**

## Información personal

Mi número de identificación de miembro

El teléfono de mi proveedor de atención primaria

Mi proveedor de atención primaria (PCP)

**AetnaBetterHealth.com/Virginia**

©2025 Aetna Inc.

VA-25-04-02-SP

aetna®

Aetna Better Health® of Virginia