Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC PLUS)
Manual para miembros

Obtenga más información sobre sus beneficios de atención

Aetna Better Health® of Virginia

aetna®

AetnaBetterHealth.com/Virginia

Información personal

Mi número de identificación de miembro

Mi administrador de atención de Aetna Better Health

Mi proveedor de atención primaria (PCP)

El número de teléfono de mi administrador de atención

El número de teléfono de mi PCP

Mancomunidad de Virginia

Department of Medical Assistance Services

Vigente a partir del 1 de diciembre de 2021

Dónde encontrar información

Aviso de no discriminación **10**

Ayuda en otros idiomas o formatos alternativos **12**

Ayuda en otros idiomas *12*

1. Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) **16**

Bienvenido a Aetna Better Health of Virginia *16*

Cómo utilizar este manual *17*

Información importante relacionada con la enfermedad del coronavirus (COVID-19) *17*

Otra información que le enviaremos *18*

Identificación de miembro de Aetna Better Health 19

Directorio de proveedores y farmacias 20

Números de teléfono importantes *22*

2. Qué es Commonwealth Coordinated Care Plus **24**

Qué lo hace elegible para ser miembro de CCC Plus *24*

Inscripción en CCC Plus 24

Motivos por los que no sería elegible para participar en CCC Plus 25

Qué sucede si estoy embarazada 26

Cobertura para recién nacidos de madres cubiertas por CCC Plus 26

Elegibilidad para Medicaid 27

Cómo elegir o cambiar su plan de salud *27*

Asignación del plan de salud 27

Puede cambiar su plan de salud a través de la Línea de ayuda de CCC Plus 28

Reinscripción automática 29

Cuál es el área de servicio de Aetna Better Health 29

Si tiene Medicare y Medicaid *31*

Puede elegir el mismo plan de salud para Medicare y Medicaid 32

Cómo comunicarse con el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) de Medicare *33*

3. Cómo funciona CCC Plus **35**

Cuáles son las ventajas de CCC Plus *35*

Cuáles son las ventajas de elegir Aetna Better Health *36*

Transición de la póliza de atención: período de continuidad de la atención *37*

Si tiene otra cobertura *38*

4. Su coordinador de atención **39**

Cómo puede ayudar su coordinador de atención *39*

¿Qué es una evaluación de riesgos de salud? *41*

¿Qué es un plan de atención? *41*

Cómo comunicarse con su coordinador de atención *42*

5. Ayuda del Departamento de Servicios para Miembros 43

Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health 43

Cómo puede ayudar el Departamento de Servicios para Miembros 44

Línea de asesoramiento médico disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana 45

Línea de crisis de salud conductual disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana 46

Línea de asesoramiento para servicios de tratamiento de adicciones y recuperación (ARTS) disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana 46

Si no habla inglés 48

Si tiene una discapacidad y necesita asistencia para comprender la información o trabajar con su coordinador de atención 48

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid 49

6. Cómo obtener atención y servicios 50

Cómo obtener atención de su médico de atención primaria 50
- Su proveedor de atención primaria 50
- Cómo elegir su PCP 50
- Si tiene Medicare, infórmenos sobre su PCP 52
- Si su PCP actual no está en nuestra red 52
- Cómo cambiar su PCP 53
- Cómo programar una cita con su PCP 53
- Estándares de citas 53

Cómo obtener atención de proveedores de la red 54
- Estándares de tiempo de viaje y distancia 55
- Accesibilidad 56
- Consultas de telesalud 56
- Qué son los “proveedores de la red” 56
- Qué son las “farmacias de la red” 57
- Qué son los especialistas 58
- Si su proveedor deja nuestro plan 59

Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red 61
- Atención de proveedores fuera del estado 62
- Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente 63
- Si recibe una factura por servicios cubiertos 63

Si recibe atención de proveedores fuera de los Estados Unidos 63

7. Cómo puede obtener atención para emergencias 64

Qué es una emergencia 64

Lo que debe hacer en caso de emergencia 64

Qué es una emergencia médica 64

Qué es una emergencia de salud conductual 65

Ejemplos de casos que no son emergencias 65

Si tiene una emergencia cuando está lejos de su hogar 65

Qué cobertura tiene en caso de una emergencia 66

Cómo notificar a Aetna Better Health sobre su emergencia *66*

Después de una emergencia *66*

Si está hospitalizado *67*

Si no se trataba de una emergencia médica *67*

8. Cómo puede obtener atención de urgencia **68**

Qué es la atención de urgencia *68*

9. Cómo obtener sus medicamentos con receta **69**

Normas para la cobertura de medicamentos para pacientes externos de Aetna Better Health *69*

Cómo obtener sus recetas *70*

Lista de medicamentos cubiertos *71*

Límites respecto de la cobertura de algunos medicamentos *72*
- Obtener aprobación por adelantado 73
- Probar un medicamento diferente primero 73
- Límites de cantidad 74
- Suministro de emergencia 74

Medicamentos sin cobertura *74*

Cómo cambiar de farmacias *75*

Qué sucede si necesita una farmacia especializada *76*

¿Puede usar el servicio de pedido por correo para obtener sus medicamentos? *76*

¿Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos? *77*

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan a fin de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para conocer más acerca de los servicios de pedido por correo. *78*

¿Puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red de Aetna Better Health? *78*

¿Qué es el programa Seguridad y administración de uso del paciente (PUMS)? *79*

10. Cómo acceder a sus beneficios de CCC Plus **81**

Beneficios de CCC Plus *81*

Normas generales de cobertura *81*

Beneficios cubiertos a través de Aetna Better Health *82*

Beneficios adicionales que proporcionamos que no tienen cobertura de Medicaid *89*

Cómo acceder a servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos *94*
- Qué son los servicios de EPSDT 94
- Cómo obtener servicios de EPSDT 95
- Cómo obtener servicios de intervención temprana 97

Cómo acceder a los servicios de salud conductual *98*

Cómo acceder a los servicios de tratamiento de adicciones y recuperación (ARTS) *104*

Cómo acceder a servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) *105*

Exención de Commonwealth Coordinated Care Plus 106
Cómo autodirigir su atención 107
Servicios en centros de atención de enfermería 108
Evaluación para servicios y apoyos a largo plazo 109
Libertad de elección 109

Cómo obtener servicios si tiene una exención para personas con discapacidades del desarrollo 110

Cómo obtener servicios de transporte que no sea de emergencia 112
Servicios de transporte que no sea de emergencia cubiertos por Aetna Better Health 112
Transporte desde y hacia los servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo 113

11. Servicios cubiertos a través del programa de pago por servicio de Medicaid del DMAS 115

Servicios establecidos 115

Servicios que finalizarán su inscripción en CCC Plus 118

12. Servicios no cubiertos por CCC Plus 119

Si recibe servicios no cubiertos 120

13. Costo compartido del miembro 121

Monto pagado por el paciente para miembros por los servicios y apoyos a largo plazo 122

Miembros y medicamentos de la Parte D de Medicare 122

14. Autorización de servicio y determinación de beneficios 123

Autorización de servicio 123

Autorizaciones de servicio y continuidad de la atención 125

Cómo presentar una solicitud de autorización de servicio 125

Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicio 126

Plazos para la revisión de la autorización de servicio 127

15. Apelaciones, audiencias imparciales del estado y quejas 130

Su derecho a apelar 130
Representante autorizado 130
Determinación adversa de beneficios 130
Cómo presentar su apelación 131
Continuación de los beneficios 132
Qué sucede después de que recibimos su apelación 132
Plazos para las apelaciones 133
Aviso escrito de decisión sobre la apelación 135

Su derecho a una audiencia imparcial del estado 135
Solicitudes de revisión estándar o acelerada 136
Representante autorizado 136
A dónde enviar la solicitud de audiencia imparcial del estado 136
Después de presentar su apelación de audiencia imparcial del estado 137
Plazos de la audiencia imparcial del estado 137
Continuación de los beneficios 138

Si la audiencia imparcial del estado revierte la denegación 138
Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia imparcial del estado 139

Su derecho a presentar una queja 139
Plazo para las quejas 139
¿Sobre qué tipos de problemas deben ser las quejas? 139
Existen diferentes tipos de quejas 141
Quejas internas 141
Quejas externas 142

16. Derechos de los miembros 145

Sus derechos 145

Su derecho a estar seguro 148

Su derecho a la confidencialidad 148

Su derecho a la privacidad 149

Cómo unirse al Comité de Asesoramiento de Miembros 151

Seguimos políticas de no discriminación 151

17. Responsabilidades de los miembros 152

Sus responsabilidades 152

Instrucciones anticipadas 154
Dónde obtener el formulario de instrucciones anticipadas 155
Cómo completar el formulario de instrucciones anticipadas 155
Comparta la información con las personas que desee que estén al tanto 155
Podemos ayudarlo a obtener o comprender los documentos sobre instrucciones anticipadas 156
Otros recursos 156
Si no se respetan sus instrucciones anticipadas 156

18. Fraude, uso indebido y abuso 158

¿Qué son el fraude, el uso indebido y el abuso? 158

¿Cómo informo los casos de fraude, uso indebido o abuso? 159

19. Otros recursos importantes 160

20. Información para los miembros de la expansión Medicaid 162

Qué lo hace elegible para ser miembro de la expansión Medicaid 162

Inscripción de un miembro a la expansión Medicaid 162

Beneficios y servicios de la expansión Medicaid 164

21. Palabras y definiciones importantes utilizadas en este manual 166

Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aetna no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aetna hace lo siguiente:

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

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

Si considera que Aetna no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro Coordinador de derechos civiles:

Dirección: Attn: Civil Rights Coordinator
4500 East Cotton Center Boulevard
Phoenix, AZ 85040
Teléfono: **1-888-234-7358 (TTY: 711)**
Correo electrónico: **MedicaidCRCoordinator@aetna.com**

Puede presentar una queja en persona, por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de Derechos Civiles está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar un reclamo sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o bien, puede hacerlo por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201,
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamos están disponibles en **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

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

Ayuda en otros idiomas o formatos alternativos

Este manual está disponible en forma gratuita en otros idiomas y formatos, como en línea, en tamaño de letra grande, en braille o en CD de audio. Para solicitar el manual en un formato o un idioma alternativos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-652-8249 (TTY: 711)**.

Si tiene algún problema para leer o comprender esta información, comuníquese de manera gratuita con nuestro personal del Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-652-8249 (TTY: 711)** para obtener ayuda.

Proporcionamos adaptaciones razonables y acceso a las comunicaciones a personas con discapacidades. Las personas sordas o con problemas auditivos o del habla que deseen hablar con un representante del Departamento de Servicios para Miembros y que tengan un TTY u otro dispositivo de asistencia pueden marcar **711** para comunicarse con un operador de retransmisión. El operador lo ayudará a comunicarse con el personal de nuestro Departamento de Servicios para miembros. Si no puede comunicarse con nosotros a este número, puede hacerlo a través del número gratuito de retransmisión de Virginia al **1-800-828-1120 (TDD)** o **1-800-828-1140 (voz)**.

Help in Other Languages

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-385-4104 (TTY: 1-800-828-1120).

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-385-4104 (TTY: 1-800-828-1120).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-385-4104 (TTY: 1-800-828-1120)번으로 전화해 주십시오.

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: 1-800-828-1120)

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：1-800-828-1120）

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-385-4104 (TTY: 1-800-828-1120) رقم: والبكم الصم ه

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: 1-800-828-1120).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما یگیرید تماس 1-800-385-4104 (TTY: 1-800-828-1120) با یاشد می فر

Amharic

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-385-4104 (መስማት ለተሳናቸው: 1-800-828-1120).

Urdu

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-385-4104 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-828-1120.)

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-385-4104 (ATS: 1-800-828-1120).

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-385-4104 (телетайп: 1-800-828-1120).

Hindi

ध्यान द: यद आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1-800-385-4104 (TTY: 1-800-828-1120) पर कॉल कर।

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-385-4104 (TTY: 1-800-828-1120).

Bengali

লয্ করনঃ যিদ আপিন বাংলা, কথা বলেত পা েরন, তাহেল িনঃখরচায় ভাষা সহায়তা পিরেষবা উপল আেছ। েফান করন ১-800-385-4104 (TTY: ১-800-828-1120)।

Bassa

Dè ɖɛ nìà kɛ dyéɖé gbo: Ɔ jǔ ké m̀ [Ɓàsɔ́ɔ̀ -wùɖù-po-nyɔ̀] jǔ ní, nìí, à wuɖu kà kò ɖò po-poɔ̀ ɓɛ́ìn m̀gbo kpáa. Ðá 1-800-385-4104 (TTY: 1-800-828-1120)

1. Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus)

Bienvenido a Aetna Better Health of Virginia

Gracias por ser miembro de Aetna Better Health of Virginia (Aetna Better Health), un plan Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus). Si es un miembro nuevo, nos comunicaremos con usted en las próximas semanas para analizar información muy importante. Puede hacernos cualquier pregunta que tenga o recibir ayuda para programar citas. Si necesita hablar con nosotros de inmediato o antes de que nos comuniquemos con usted, llámenos al **1-855-652-8249 (TTY: 711)**. Estamos disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

En nombre de todas las personas asociadas a Aetna Better Health, le damos la bienvenida. Hemos construido una sólida red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica del área que le ofrecen una amplia variedad de servicios para cubrir sus necesidades médicas.

En Aetna Better Health, creemos en brindar la mejor atención a través de un enfoque colaborativo. Comenzamos reconociendo que el conocimiento y la experiencia de nuestros proveedores es esencial para mejorar la eficacia y la eficiencia de nuestros programas y servicios. También creemos que nuestros miembros deberían tener la oportunidad de ser líderes en su atención. Trabajamos con usted, sus proveedores y sus cuidadores para alcanzar sus objetivos.

Tómese un tiempo para leer estos materiales y conocer más sobre la cobertura de Aetna Better Health. Nuestro Departamento de Servicios para miembros está disponible para responder cualquier pregunta que pueda tener acerca de su cobertura y los servicios. De nuevo, puede comunicarse con nosotros al **1-855-652-8249 (TTY: 711)**, atendemos durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esperamos poder prestarle nuestros servicios.

Cómo utilizar este manual

Este manual lo ayudará a comprender sus beneficios de Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) y cómo puede obtener ayuda de Aetna Better Health. Este manual es su guía para los servicios de salud. Explica la atención médica, la atención de salud conductual, los medicamentos con receta y los servicios y apoyos a largo plazo que cubre el programa CCC Plus. Le explica los pasos que puede dar para hacer que su plan de salud funcione para usted.

No dude en compartir este manual con un familiar u otra persona que conozca sus necesidades de atención médica. Cuando tenga una pregunta, consulte este manual, llame a la unidad de nuestro Departamento de Servicios para Miembros, visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Virginia** o llame a su coordinador de atención.

Información importante relacionada con la enfermedad del coronavirus (COVID-19)

La enfermedad del coronavirus (COVID-19) es una afección respiratoria contagiosa, que puede provocar la muerte. Aetna Better Health tiene el compromiso de prestarles servicios a usted y a su familia durante este tiempo.

Vacuna contra la COVID-19

La vacuna no tiene costo. Es completamente gratis. Se aplican restricciones de edad a algunas marcas de la vacuna. El transporte está disponible para todos los miembros que no tienen en qué trasladarse. Para programar su traslado, llame a ModivCare al **1-800-734-0430 (TTY: 711)**. O bien, hágalo en línea en **https://member.logisticare.com/login**.

Puede recibir la vacuna en su farmacia local. Encuentre una ubicación cercana a usted en **https://www.vaccines.gov**. O bien, consulte a su médico.

También, guarde en favoritos nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Virginia/Members** para obtener información sobre lo siguiente:

- La respuesta de Aetna ante la COVID-19
- Cambios importantes en sus beneficios y servicios de Medicaid en respuesta a la COVID-19
- Formas de mantenerlos a usted y a su familia sanos y seguros

Si recibe un correo de nuestra parte (carta, postal o nuestro boletín informativo para miembros), asegúrese de abrirlo y leerlo en cuanto pueda. Su administrador de atención y el Departamento de Servicios para Miembros también pueden brindarle la información más reciente sobre la COVID-19.

Si usted o un familiar presentan síntomas de COVID-19, llamen al médico de inmediato.

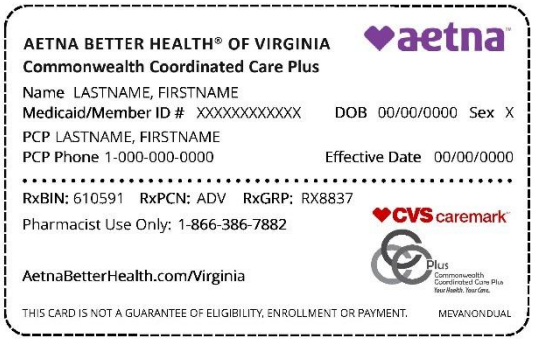
Otra información que le enviaremos

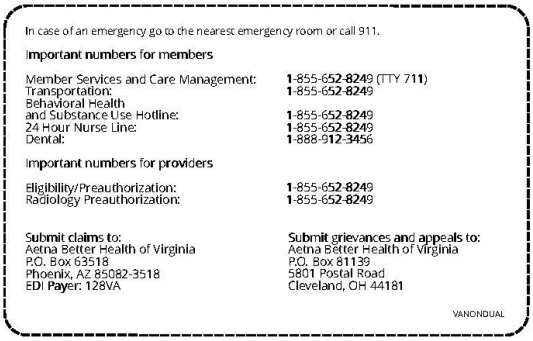
Ya debería haber recibido su identificación de miembro de Aetna Better Health, la información sobre cómo acceder al Directorio de proveedores y farmacias, y una Lista de medicamentos cubiertos. También puede buscar la ubicación de un proveedor o una farmacia visitando nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Virginia**. Seleccione **"Find a Provider/Pharmacy"** (Buscar un proveedor/una farmacia). Si necesita ayuda para encontrar o comprender alguno de estos beneficios y servicios, llame al **1-855-652-8249 (TTY: 711)**.

Identificación de miembro de Aetna Better Health

Muestre su identificación de miembro de Aetna Better Health cuando reciba servicios de Medicaid, incluso cuando reciba servicios y apoyos a largo plazo, en consultas al médico y cuando retire sus medicamentos con receta. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Si tiene Medicare y Medicaid, muestre su tarjeta de identificación de Medicare y Aetna Better Health cuando reciba servicios. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta para que tenga una idea de cómo será la suya:

Miembros solo de Medicaid


AETNA BETTER HEALTH® OF VIRGINIA
Commonwealth Coordinated Care Plus
aetna
Name LASTNAME, FIRSTNAME
Medicaid/Member ID # XXXXXXXXXXXX DOB 00/00/0000 Sex X
PCP LASTNAME, FIRSTNAME
PCP Phone 1-000-000-0000 Effective Date 00/00/0000
RxBIN: 610591 RxPCN: ADV RxGRP: RX8837
Pharmacist Use Only: 1-866-386-7882
CVS caremark
Plus
AetnaBetterHealth.com/Virginia
THIS CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT. MEVANONDUAL


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

Important numbers for members

Member Services and Care Management:	1-855-652-8249 (TTY 711)
Transportation:	1-855-652-8249
Behavioral Health and Substance Use Hotline:	1-855-652-8249
24 Hour Nurse Line:	1-855-652-8249
Dental:	1-888-912-3456

Important numbers for providers

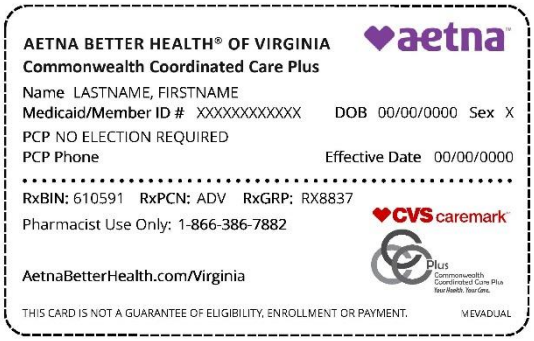
Eligibility/Preauthorization:	1-855-652-8249
Radiology Preauthorization:	1-855-652-8249

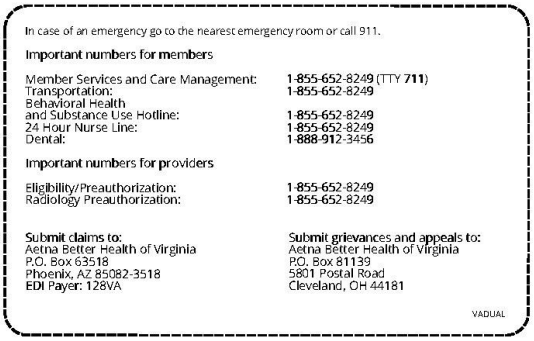
Submit claims to:
Aetna Better Health of Virginia
P.O. Box 63518
Phoenix, AZ 85082-3518
EDI Payer: 128VA

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

VANONDUAL

Miembros con Medicaid y Medicare


AETNA BETTER HEALTH® OF VIRGINIA
Commonwealth Coordinated Care Plus
aetna
Name LASTNAME, FIRSTNAME
Medicaid/Member ID # XXXXXXXXXXXX DOB 00/00/0000 Sex X
PCP NO ELECTION REQUIRED
PCP Phone Effective Date 00/00/0000
RxBIN: 610591 RxPCN: ADV RxGRP: RX8837
Pharmacist Use Only: 1-866-386-7882
CVS caremark
Plus
AetnaBetterHealth.com/Virginia
THIS CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT. MEVADUAL


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

Important numbers for members

Member Services and Care Management:	1-855-652-8249 (TTY 711)
Transportation:	1-855-652-8249
Behavioral Health and Substance Use Hotline:	1-855-652-8249
24 Hour Nurse Line:	1-855-652-8249
Dental:	1-888-912-3456

Important numbers for providers

Eligibility/Preauthorization:	1-855-652-8249
Radiology Preauthorization:	1-855-652-8249

Submit claims to:
Aetna Better Health of Virginia
P.O. Box 63518
Phoenix, AZ 85082-3518
EDI Payer: 128VA

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

VADUAL

Si no ha recibido su identificación de miembro, o si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Además de su identificación de miembro de Aetna Better Health, conserve su tarjeta de identificación de Medicaid de la Mancomunidad de Virginia para acceder a los servicios que estén cubiertos por el estado, conforme al programa de pago por servicio de Medicaid. Estos servicios se describen en *Servicios cubiertos a través del pago por servicio de Medicaid*, en la Sección 11 de este manual.

Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* proporciona información sobre profesionales de salud (como médicos, profesionales en enfermería, psicólogos, etc.), centros (hospitales, clínicas, centros de enfermería, etc.), proveedores de apoyo (como proveedores de atención médica diurna para adultos y de atención médica a domicilio, etc.) y farmacias en la red de Aetna Better Health. Mientras sea miembro de nuestro plan, generalmente debe utilizar uno de los proveedores y las farmacias de nuestra red para obtener los servicios cubiertos. Sin embargo, existen algunas excepciones, como las siguientes:

- Cuando se inscribe en nuestro plan por primera vez (consulte *Período de continuidad de la atención* en la Sección 3 de este manual).
- Si tiene Medicare (consulte *Cómo obtener atención de su médico de atención primaria* en la Sección 6 de este manual).
- Y en muchas otras circunstancias (consulte *Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red* en la Sección 6 de este manual).

Puede solicitar una copia en papel del *Directorio de proveedores y farmacias* o la *Lista de medicamentos cubiertos* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página. También, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias y la Lista de medicamentos cubiertos* en **AetnaBetterHealth.com/Virginia** o descargarlos de este sitio web. Consulte el apartado *Lista de medicamentos cubiertos* en la Sección 9 de este manual.

¿Necesita ayuda para buscar un proveedor? Tenemos una herramienta de búsqueda de proveedores creada para usted. Visite **www.AetnaBetterHealth.com/Virginia**. Seleccione “Find a Provider/Pharmacy” (Buscar un proveedor/una farmacia).

Instrucciones para usar nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea

Hay diferentes formas para buscar un proveedor:

- **Buscar por nombre:** Introduzca el apellido del proveedor, o el nombre del hospital o del grupo médico. No escriba “doctor” ni “Dr.” en el cuadro de búsqueda.
- **Buscar por ubicación:** Si quiere buscar en un área general, introduzca un código postal y seleccione en cuántas millas alrededor del código postal quiere realizar la búsqueda. También puede buscar por ciudad.
- **Buscar por tipo de proveedor.** Para buscar lo siguiente:
    - Un **proveedor de atención primaria (PCP)**, seleccione “PCP” del menú desplegable en el cuadro de tipo de especialidad.
    - Un **hospital**, seleccione “Hospital” del menú desplegable en el cuadro de tipo de especialidad.
    - Un **especialista**, seleccione el especialista que desee del menú desplegable en el cuadro de tipo de especialidad.
    - Un **centro de atención de urgencia**, seleccione “Urgent Care Center” del menú desplegable en el cuadro de tipo de especialidad.

El Departamento de Servicios para Miembros está disponible para usted durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para miembros. El número de teléfono es **1-855-652-8249** (TTY: **711**). Pueden ayudarle a buscar un proveedor. También pueden enviarle una copia impresa de nuestro directorio de proveedores por correo.

Números de teléfono importantes

Su coordinador de atención	1-855-652-8249 (TTY: 711)
Aetna Better Health Departamento de Servicios para Miembros	1-855-652-8249 (TTY: 711)
Línea de asesoramiento médico/de salud conductual de Aetna Better Health, disponible durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana	1-855-652-8249 (TTY: 711)
Línea de crisis de salud conductual de Aetna Better Health, disponible durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana	1-855-652-8249 (TTY: 711)

Administrador de beneficios dentales del Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS)	Si tiene preguntas o busca un dentista en su área, llame al administrador de beneficios dentales del DMAS al 1-888-912-3456. También, encontrará información disponible en el sitio web del DMAS en https://www.dmas.virginia.gov/for-members/benefits-and-services/dental o en el sitio web de DentaQuest en http://www.dentaquestgov.com.
Transporte de Aetna Better Health	**ModivCare** 1-800-734-0430
Contratista de transporte del DMAS para transporte desde y hacia los servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo (DD)	1-866-386-8331 TTY 1-866-288-3133 O marque 711 para comunicarse con un operador de retransmisión.
Línea de ayuda de CCC Plus	1-844-374-9159 TDD: 1-800-817-6608 o visite el sitio web en cccplusva.com.
Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales	1-800-368-1019 o visite el sitio web en www.hhs.gov/ocr.
Oficina del defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado	1-800-552-5019 TTY 1-800-464-9950

2. Qué es Commonwealth Coordinated Care Plus

El programa Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) es un programa de atención administrada de Medicaid a través del Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS). Aetna Better Health fue aprobado por el DMAS para brindar servicios de coordinación de la atención y servicios de atención médica. Nuestro objetivo es ayudarlo a mejorar la calidad de su atención y su calidad de vida.

Qué lo hace elegible para ser miembro de CCC Plus

Usted es elegible para CCC Plus cuando tiene todos los beneficios de Medicaid y cumple con una de las siguientes categorías:

- Es mayor de 65 años.
- Es un adulto o niño con una discapacidad.
- Reside en un centro de atención de enfermería (NF).
- Recibe servicios a través de los servicios basados en el hogar y la comunidad de CCC Plus (antes conocidos como exenciones para tecnología de asistencia y para personas de edad avanzada o con discapacidades dirigida por el consumidor [EDCD]).
- Recibe servicios a través de cualquiera de las tres exenciones que brindan servicios a personas con discapacidades del desarrollo (exención para desarrollar la independencia, exención para apoyos para la familia y el individuo y exención para vivir en la comunidad), también conocidas como exenciones para personas con discapacidades del desarrollo.

Inscripción en CCC Plus

Las personas elegibles deben inscribirse en el programa CCC Plus. El DMAS y la Línea de ayuda de CCC Plus administran la inscripción para el programa CCC Plus. Para participar en CCC Plus, debe ser elegible para Medicaid.

Motivos por los que no sería elegible para participar en CCC Plus

Usted no podría participar en CCC Plus si se cumple alguna de las siguientes opciones:

- Pierde o perdió su elegibilidad para Medicaid.
- No cumple con una de las categorías de elegibilidad mencionadas anteriormente.
- Está inscrito en un hospicio conforme al programa regular de pago por servicio de Medicaid antes de cualquier asignación de beneficios de CCC Plus.
- Se inscribe en el programa Primas de seguro médico (HIPP) de Medicaid.
- Se inscribe en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE). *Para obtener más información sobre el PACE, consulte a su coordinador de atención o visite* http://www.pace4you.org/.
- Reside en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (ICF/IID).
- Recibe atención en un centro para el tratamiento psiquiátrico residencial (niños menores de 21 años).
- Reside en un centro de atención de enfermería para veteranos.
- Reside en uno de estos centros de atención a largo plazo del estado: Piedmont, Catawba, Hiram Davis o Hancock.
- Vive en Tangier Island.

Qué sucede si estoy embarazada

Si se encuentra dentro de los primeros noventa (90) días de la inscripción inicial y en el tercer trimestre de embarazo, y su proveedor no participa en Aetna Better Health, puede solicitar mudarse a otra organización de atención administrada (MCO) en la que participe su proveedor. Si su proveedor no participa en ninguno de los planes de salud CCC Plus, puede solicitar recibir cobertura a través del programa de pago por servicio de Medicaid hasta después del parto. Comuníquese con la Línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD: 1-800-817-6608 para solicitar esto.

Cobertura para recién nacidos de madres cubiertas por CCC Plus

Si tiene un bebé, necesitará informar el nacimiento de su hijo lo más rápido posible para inscribirlo en Medicaid. Puede hacer esto de las siguientes maneras:

- Llame al centro de llamadas de Cover Virginia al 833-5CALLVA (TDD: 1-888-221-1590) para informar del nacimiento de su hijo por teléfono.
- O bien, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de su localidad para informar el nacimiento de su hijo.

Le pedirán que proporcione su información y la de su bebé:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Raza
- Género
- Nombre de la madre del bebé y su número de identificación de Medicaid

Cuando se inscriba en Medicaid por primera vez, su bebé podrá acceder a atención médica a través del programa de pago por servicio de Medicaid. Esto significa que puede llevar a su bebé a cualquier proveedor dentro de la red de pago por servicio de Medicaid para servicios cubiertos. Busque información adicional en el correo sobre cómo su bebé recibirá cobertura de Medicaid del DMAS.

Elegibilidad para Medicaid

El Departamento de Servicios Sociales (DSS) de su área o la Unidad de Procesamiento Central de Cover Virginia determinan la elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su trabajador local de elegibilidad del DSS o llame a Cover Virginia al 833-5CALLVA (TDD: 1-888-221-1590) si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad para Medicaid. La llamada es gratuita. Para obtener más información, puede visitar el sitio web de Cover Virginia en www.coverva.org.

Cómo elegir o cambiar su plan de salud

Asignación del plan de salud

Usted recibió un aviso del DMAS que incluyó la asignación del plan de salud inicial. Con ese aviso, el DMAS incluyó una tabla de comparación de planes de salud en su área. El aviso de asignación le proporcionó instrucciones sobre cómo seleccionar su plan de salud.

Quizás nos haya elegido a nosotros como su plan de salud. Caso contrario, el DMAS puede haberlo asignado a nuestro plan de salud conforme a sus antecedentes con nosotros como su plan de cuidado administrado. Por ejemplo, es posible que haya estado inscrito en nuestro plan antes a través de Medicare o Medicaid. También es posible que se lo haya asignado a nuestro plan si determinados proveedores que consulta están en nuestra red. Estos proveedores incluyen centros de atención de enfermería, atención médica diurna para adultos y proveedores de atención de enfermería privada.

Puede cambiar su plan de salud a través de la Línea de ayuda de CCC Plus

La Línea de ayuda de CCC Plus puede ayudarlo a elegir el plan de salud que es mejor para usted. Para obtener asistencia, llame a la Línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608 o visite el sitio web en cccplusva.com. La Línea de ayuda de CCC Plus está disponible de lunes a viernes (excepto feriados estatales) de 8:30 a. m. a 6:00 p. m. La Línea de ayuda de CCC Plus puede ayudarlo a comprender las elecciones de su plan de salud y responder sus preguntas sobre qué médicos y otros proveedores participan en cada plan de salud. Los servicios de la Línea de ayuda de CCC Plus son gratuitos y no están conectados con ningún plan de salud de CCC Plus.

Puede cambiar su plan de salud durante los primeros 90 días de su inscripción en el programa CCC Plus por cualquier motivo. También puede cambiar su plan de salud una vez al año durante la inscripción abierta por cualquier motivo. La inscripción abierta se realiza cada año, entre octubre y diciembre. Recibirá una carta del DMAS durante la inscripción abierta con más información. También puede solicitar cambiar su plan de salud en cualquier momento por una “buena razón”, que puede incluir lo siguiente:

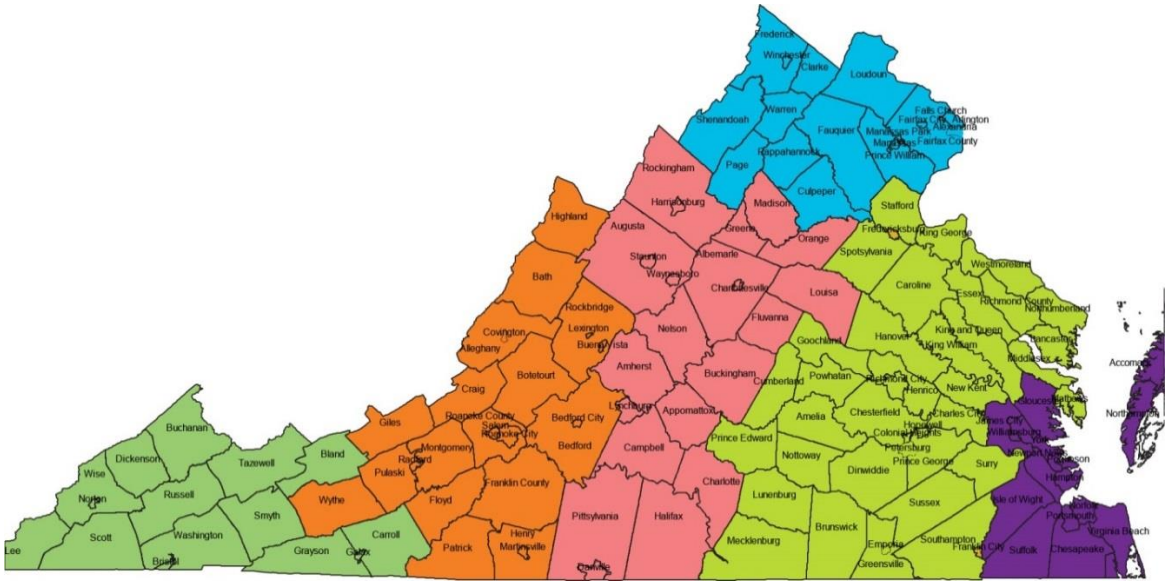
- Se muda fuera del área de servicio del plan de salud.
- Necesita varios servicios al mismo tiempo, pero no puede acceder a ellos dentro de la red del plan de salud.
- Su residencia o empleo se verían afectados como consecuencia del cambio de un proveedor dentro de la red a un proveedor fuera de la red para los apoyos residenciales, institucionales y laborales.
- Otras razones determinadas por el DMAS, como una baja calidad de atención y falta de acceso a proveedores, servicios y apoyos adecuados, incluida la atención especializada.

La Línea de ayuda de CCC Plus administra las solicitudes de cambio con "buena razón" y responde cualquier pregunta que usted pueda tener. Comuníquese con la Línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608 o visite el sitio web en cccplusva.com.

Reinscripción automática

Si su inscripción en nuestro plan finaliza y usted recupera su elegibilidad para el programa CCC Plus dentro de los 60 días o menos, se lo reinscribirá automáticamente en Aetna Better Health. También se le enviará una carta de reinscripción del DMAS.

Cuál es el área de servicio de Aetna Better Health



El área de servicio de Aetna Better Health incluye la Mancomunidad de Virginia completa: los 95 condados y las 38 ciudades independientes.

Condados	Amherst	Bedford
Accomack	Appomattox	Bland
Albemarle	Arlington	Botetourt
Alleghany	Augusta	Brunswick
Amelia	Bath	Buchanan

Buckingham
Campbell
Caroline
Carroll
Charles City
Charlotte
Chesterfield
Clarke
Craig
Culpeper
Cumberland
Dickenson
Dinwiddie
Essex
Fairfax
Fauquier
Floyd
Fluvanna
Franklin
Frederick
Giles
Gloucester
Goochland
Grayson
Greene
Greensville
Halifax
Hanover
Henrico
Henry
Highland
Isle of Wight
James City
King and Queen
King George
King William
Lancaster
Lee
Loudoun
Louisa
Lunenburg
Madison
Mathews
Mecklenburg
Middlesex
Montgomery
Nelson
New Kent
Northampton
Northumberland
Nottoway
Orange
Página
Patrick
Pittsylvania
Powhatan
Prince Edward
Prince George
Prince William
Pulaski
Rappahannock
Richmond
Roanoke
Rockbridge
Rockingham
Russell
Scott
Shenandoah
Smyth
Southampton
Spotsylvania
Stafford
Surry
Sussex
Tazewell
Warren
Washington
Westmoreland
Wise
Wythe
York

Ciudades
Alexandria
Bristol
Buena Vista
Charlottesville
Chesapeake
Colonial Heights
Covington
Danville
Emporia
Fairfax
Falls Church
Franklin
Fredericksburg
Galax
Hampton
Harrisonburg
Hopewell
Lexington
Lynchburg
Manassas
Manassas Park
Martinsville
Newport News
Norfolk
Norton
Petersburg
Poquoson
Portsmouth
Radford
Richmond
Roanoke
Salem
Staunton
Suffolk
Virginia Beach
Waynesboro
Williamsburg
Winchester

Solo aquellas personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en Aetna Better Health. Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro del plan. Si esto sucede, recibirá una carta del DMAS en la que se le solicitará que elija un plan nuevo. También puede llamar a la Línea de ayuda de CCC Plus si tiene alguna pregunta sobre la inscripción en el plan de salud. Comuníquese con la Línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608 o visite el sitio web en cccplusva.com.

Si tiene Medicare y Medicaid

Si tiene Medicare y Medicaid, algunos de sus servicios estarán cubiertos por su plan de Medicare y algunos estarán cubiertos por Aetna Better Health. Nosotros somos su plan CCC Plus de Medicaid.

Tipos de servicios cubiertos por Medicare	Tipos de servicios cubiertos por CCC Plus (Medicaid)
• Atención hospitalaria para pacientes internados (médica y psiquiátrica). • Atención para pacientes externos (médica y psiquiátrica). • Servicios de médicos y especialistas. • Radiografías, análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico. • Centro de atención de enfermería especializada. • Atención médica a domicilio. • Atención en un hospicio. • Medicamentos con receta. • Equipo médico duradero. *Para obtener más información, comuníquese con su plan de Medicare, visite Medicare.gov o llame a Medicare al 1-800-633-4227.*	• Copagos de Medicare. • Servicios hospitalarios y de enfermería especializada cuando se acaban los beneficios de Medicare. • Cuidado en un centro de atención de enfermería a largo plazo (asistencial). • Servicios de exención basados en el hogar y en la comunidad, como cuidado personal y atención de relevo, modificaciones ambientales y servicios de tecnología de asistencia. • Servicios de salud conductual basados en la comunidad. • Los servicios no cubiertos por Medicare, como algunos medicamentos de venta libre, equipo y suministros médicos y productos para la incontinencia.

Puede elegir el mismo plan de salud para Medicare y Medicaid

Tiene la opción de elegir el mismo plan de salud para su cobertura de Medicare y CCC Plus de Medicaid. El plan de Medicare se conoce como un *plan de necesidades especiales con elegibilidad doble (D-SNP)*. Tener el mismo plan de salud para Medicare y Medicaid mejorará y simplificará la coordinación de sus beneficios de Medicare y Medicaid. Estar cubierto por el mismo plan de salud para Medicare y Medicaid le brinda ciertos beneficios. Algunos de estos beneficios incluyen los siguientes:

- Recibe una mejor coordinación de la atención mediante el mismo plan de salud.

- Tiene un plan de salud y un número al que puede llamar si tiene preguntas sobre todos sus beneficios.
- Trabaja con el mismo coordinador de atención para Medicare y Medicaid. Esta persona trabajará con usted y su proveedor para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Puede cambiar inscripción al plan de salud de Medicaid para que se ajuste a su elección de plan de salud de Medicare, o puede cambiar su inscripción en el plan de salud de Medicare para que se ajuste a su elección de plan de salud de Medicaid. Esto se denomina inscripción alineada. La inscripción alineada es voluntaria en este momento.

Si elige el plan de pago por servicio de Medicare o un plan de Medicare que no sea nuestro D-SNP de Medicare, trabajaremos con su plan de Medicare para coordinar sus beneficios.

Cómo comunicarse con el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) de Medicare

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) proporciona asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare. En Virginia, al SHIP se lo denomina Programa de asesoría y asistencia sobre seguros de Virginia (VICAP). Puede comunicarse con el Programa de asesoramiento y asistencia sobre seguros de Virginia si necesita ayuda con sus **opciones de seguro de salud de Medicare.** El VICAP puede ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan de Medicare. El VICAP es un programa independiente que es gratuito y no está conectado con ningún plan de salud de CCC Plus.

LLAME AL	1-800-552-3402 Esta llamada es gratuita.
TTY	711
CORREO POSTAL	Virginia Insurance Counseling and Assistance Program 1610 Forest Avenue, Suite 100 Henrico, Virginia 23229
CORREO ELECTRÓNICO	aging@dars.virginia.gov
SITIO WEB	https://www.vda.virginia.gov/vicap.htm

3. Cómo funciona CCC Plus

Aetna Better Health tiene contratos con médicos, especialistas, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y otros proveedores. Estos proveedores conforman nuestra red de proveedores. Usted también tendrá un coordinador de atención. Su coordinador de atención trabajará en estrecha relación con usted y sus proveedores para comprender y satisfacer sus necesidades. Su coordinador de atención también le proporcionará información sobre sus servicios cubiertos y las opciones que tiene a su disposición. Consulte el apartado *Su coordinador de atención* en la Sección 4 de este manual.

Cuáles son las ventajas de CCC Plus

CCC Plus proporciona apoyos y coordinación centrados en la persona para satisfacer sus necesidades individuales. Algunas de las ventajas de CCC Plus incluyen las siguientes:

- Contará con un equipo de atención que usted ayudará a conformar. Su equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de salud que están allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita.
- Tendrá un coordinador de atención. Su coordinador de atención trabajará con usted y sus proveedores para asegurarse de que reciba la atención que necesita.
- Podrá dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.
- Su equipo de atención y el coordinador de atención trabajarán con usted a fin de encontrar un plan de atención diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de salud o de apoyo a largo plazo. Su equipo de atención estará a cargo de coordinar los servicios que usted necesita. Esto significa, por ejemplo:

- Su equipo de atención se asegurará de que sus médicos estén informados sobre todos los medicamentos que toma para que puedan reducir cualquier efecto secundario.
- Su equipo de atención se asegurará de que todos sus médicos y otros proveedores estén informados sobre los resultados de los exámenes para que puedan estar al tanto de su estado de salud y sus necesidades.

- Tendrá opciones de tratamiento que incluyen atención preventiva, de rehabilitación y basada en la comunidad.
- Tendrá a su disposición un enfermero u otro personal autorizado de guardia durante las 24 horas, los 7 días de la semana para responder sus preguntas. Estamos aquí para ayudarla. Puede comunicarse con nosotros llamando al número que aparece en la parte inferior de esta página. También puede consultar *Línea de asesoramiento médico disponible durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana* en la Sección 5 de este manual.

Cuáles son las ventajas de elegir Aetna Better Health

La atención que necesita, cuando la necesita

¿Por qué Aetna Better Health of Virginia es una excelente opción para los miembros de Commonwealth Coordinated Care Plus? Lo ayudamos a recibir la atención que necesita, cuando la necesita. ¿Necesita transporte para asistir a su cita con el médico? Le brindamos transporte a pedido cubierto. ¿Tiene alguna pregunta sobre sus beneficios o su atención? Nuestros enfermeros y el Departamento de Servicios para Miembros están disponibles para ayudarlo durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Solo llame al **1-855-652-8249 (TTY: 711)**.

Presencia local, fuerza nacional

Aetna Better Health of Virginia se compromete a mejorar la salud y las vidas de la población que tiene Medicaid de Virginia. Hemos brindado servicios a los habitantes de Virginia desde 1996 como una organización de cuidado administrado y tenemos la acreditación del Comité Nacional de Control de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA). El NCQA evalúa qué tan bien administra un plan de salud todas las partes de su sistema de prestaciones, con el fin de mejorar la atención médica de los miembros. Aetna Better Health of Virginia es propiedad de Aetna, que brinda servicio a más de 3 millones de miembros de Medicaid en todo el país.

Mejoramos el servicio, la calidad y la accesibilidad con beneficios de valor agregado

Además de nuestros beneficios estándares, como la cobertura para médicos y hospitales, las inmunizaciones y los exámenes preventivos, también brindamos beneficios y servicios mejorados. Obtenga más información sobre sus beneficios y servicios mejorados de Aetna Better Health en *Cómo acceder a sus beneficios de CCC Plus en la Sección 10 de este manual*.

Transición de la póliza de atención: período de continuidad de la atención

El período de continuidad de la atención es de 30 días. Si es nuevo en Aetna Better Health, puede seguir consultando a los médicos a los que consulta ahora durante los primeros 30 días. También puede seguir recibiendo sus servicios autorizados durante la vigencia de la autorización o durante los 30 días posteriores a su inscripción por primera vez, lo que suceda antes. Después del período de 30 días en nuestro plan, deberá consultar a los médicos y otros proveedores de la red de Aetna Better Health.

Un proveedor de la red es un proveedor que tiene un contrato y trabaja con nuestro plan de salud. Puede llamar a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar un proveedor de la red. Si fuera necesario, su nuevo proveedor puede obtener una copia de sus registros médicos de su proveedor anterior.

Si se encuentra en un centro de atención de enfermería al comienzo del programa CCC Plus, puede elegir alguna de las siguientes opciones:

- Permanecer en el centro mientras cumpla con los criterios del DMAS de Virginia para la atención en un centro de atención de enfermería.
- Mudarse a un centro de atención de enfermería diferente.
- Recibir servicios en su hogar o en otro entorno comunitario.

El período de continuidad de la atención puede ser superior a 30 días. Aetna Better Health puede ampliar este plazo hasta que se complete la evaluación de riesgos de salud. Aetna Better Health también extenderá este período para que tenga una transición segura y efectiva a un proveedor calificado de nuestra red. Hable con su coordinador de atención si desea obtener más información sobre estas opciones.

Si tiene otra cobertura

Medicaid es el pagador de último recurso. Esto significa que, si cuenta con otro seguro, tiene un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, su otro seguro o la compensación laboral tienen que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicaid cuando Medicaid no es el pagador principal. No intentaremos cobrarle directamente a usted. Comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros si tiene otro seguro para que podamos coordinar mejor sus beneficios. Su coordinador de atención también trabajará con usted y su otro plan de salud para coordinar sus servicios.

4. Su coordinador de atención

Usted tiene un coordinador de atención dedicado que puede ayudarlo a comprender sus servicios cubiertos y cómo acceder a estos servicios cuando los necesita. Su coordinador de atención también lo ayudará a trabajar con su médico y otros profesionales de salud (como enfermeros y fisioterapeutas), a realizar una evaluación de riesgos de salud y a desarrollar un plan de atención que considere sus necesidades y preferencias. Proporcionamos más información sobre la *evaluación de riesgos de salud* y el *plan de atención* más adelante.

Cómo puede ayudar su coordinador de atención

Su coordinador de atención puede hacer lo siguiente:

- Responder preguntas sobre su atención médica.
- Proporcionarle asistencia con la programación de citas.
- Responder preguntas sobre cómo obtener los servicios que necesita. Por ejemplo: servicios de salud conductual, transporte y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).
    - Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) son una variedad de servicios y apoyos que ayudan a personas mayores y personas con discapacidades a cumplir sus necesidades diarias de asistencia, mejorar la calidad de vida y facilitar la independencia máxima. Algunos ejemplos incluyen servicios de asistencia personal (asistencia para bañarse, vestirse y otras actividades básicas de la vida cotidiana y de cuidado personal), así como también apoyo para tareas diarias, como la preparación de comidas, el lavado de ropa y las compras. Los LTSS se proporcionan durante un período prolongado, generalmente en hogares y comunidades, pero también en centros de atención de enfermería.

- Ayudar a coordinar el transporte para sus citas cuando sea necesario. Si necesita transporte para recibir un servicio cubierto por Medicaid y no puede llegar al centro, se cubre el servicio de transporte que no sea de emergencia. Simplemente llame a ModivCare al 1-800-734-0430 (gratis) o a su coordinador de atención para recibir asistencia.
- Responderle preguntas que pueda tener sobre su atención médica y sus necesidades de la vida diaria, incluidos estos servicios:
    - Atención de enfermería especializada
    - Fisioterapia
    - Terapia ocupacional
    - Terapia del habla
    - Atención médica a domicilio
    - Servicios de atención personal
    - Servicios de salud mental
    - Servicios para la adicción
    - Otros servicios necesarios

¿Qué es una evaluación de salud?

Dentro de los tres meses posteriores a su inscripción en Aetna Better Health, un representante de Aetna Better Health se comunicará con usted o con su representante autorizado por teléfono, correo o en persona para hacerle algunas preguntas sobre sus necesidades sociales y de salud. Estas preguntas conforman la llamada "Evaluación de salud". El representante le hará preguntas sobre cualquier afección médica que tenga en la actualidad o haya tenido en el pasado, su capacidad de llevar a cabo tareas cotidianas y sus condiciones de vida.

Sus respuestas ayudarán a que Aetna Better Health comprenda sus necesidades, identifique si tiene necesidades médicas complejas y determine si requiere una evaluación de riesgos de salud. Aetna Better Health usará las respuestas para desarrollar su plan de atención. Para obtener más información sobre su plan de atención, consulte a continuación.

Comuníquese con Aetna Better Health si necesita adaptaciones para participar en la evaluación de salud.

Si tiene preguntas sobre la evaluación de salud, comuníquese al 1-855-652-8249 (TTY: 711). Esta llamada es gratuita.

¿Qué es una evaluación de riesgos de salud?

Tras su inscripción en Aetna Better Health, su coordinador de atención se reunirá con usted para hacerle algunas preguntas sobre sus necesidades de salud y sus elecciones. Su coordinador de atención hablará con usted sobre cualquier necesidad de servicio médico, social, de salud conductual y de salud física que pueda tener. Esta reunión puede ser en persona o por teléfono y se la conoce como una evaluación de riesgos de salud (HRA). La HRA es una evaluación completa y detallada de su estado médico, conductual, social, emocional y funcional. Generalmente, su coordinador de atención es quien realiza su HRA. Esta evaluación de riesgos de salud le permitirá a su coordinador de atención comprender sus necesidades y ayudarlo a obtener la atención que necesita.

¿Qué es un plan de atención?

Un plan de atención incluye los tipos de servicios de salud que son necesarios y cómo los recibirá. Se basa en las respuestas de su HRA. Después de que usted y su coordinador de atención realicen su HRA, su equipo de atención se reunirá con usted para hablar sobre qué

servicios y apoyos de salud o a largo plazo necesita y desea, así como también sus objetivos y preferencias. En conjunto, usted y su equipo de atención desarrollarán un plan de atención personalizado, específico a sus necesidades. *(Esto también se conoce como plan de atención centrado en la persona)*. Su equipo de atención trabajará con usted para actualizar su plan de atención cuando los servicios de salud que necesita y desea cambien, y al menos una vez al año.

Cómo comunicarse con su coordinador de atención

LLAME AL	**1-855-652-8249**. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711.** Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m.
FAX	1-844-459-6680
CORREO POSTAL	Aetna Better Health of Virginia ATTN: Care Management 9881 Mayland Drive Richmond, VA 23233
CORREO ELECTRÓNICO	AetnaBetterHealthofVACCCPlusShare@aetna.com
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia

5. Ayuda del Departamento de Servicios para Miembros

Nuestro Departamento de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo si tiene preguntas sobre sus beneficios, servicios o procedimientos, o si tiene una inquietud sobre Aetna Better Health. El Departamento de Servicios para Miembros está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health

LLAME AL	**1-855-652-8249**. Esta llamada es gratuita. Estamos disponibles durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711**. Esta llamada es gratuita. Estamos disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-866-207-8901
CORREO POSTAL	Aetna Better Health of Virginia ATTN: Member Services 9881 Mayland Drive Richmond, VA 23233
CORREO ELECTRÓNICO	vamedicaidmemberservices@aetna.com
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia

Cómo puede ayudar el Departamento de Servicios para Miembros

El Departamento de Servicios para Miembros puede realizar lo siguiente:

- Responderle preguntas que tenga sobre Aetna Better Health.
- Responderle preguntas sobre reclamaciones, facturación o su identificación de miembro.
- Ayudarlo a buscar un médico o averiguar si un médico se encuentra dentro de la red de Aetna Better Health.
- Ayudarlo a cambiar su proveedor de atención primaria (PCP).
- Proporcionarle información de las decisiones de cobertura sobre sus servicios de atención médica (incluidos los medicamentos).
    - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre lo siguiente:
        - sus beneficios y servicios cubiertos; o
        - el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
- Proporcionarle información de cómo puede presentar una apelación de una decisión de cobertura sobre sus servicios de atención médica (incluidos los medicamentos). Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la modifiquemos si considera que cometimos un error. (Consulte el apartado *Su derecho a apelar* en la Sección 15 de este manual).
- Explicarle cómo presentar quejas sobre sus servicios de atención médica (incluidos los medicamentos). Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (ya sea un proveedor de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que tiene un contrato y trabaja con el plan de salud. También puede

presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o a la Línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608. (Consulte el apartado *Su derecho a presentar una queja* en la Sección 15 de este manual).

Línea de asesoramiento médico disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Si no puede ponerse en contacto con su coordinador de atención, puede comunicarse sin costo con un enfermero o profesional de salud conductual para responder sus preguntas durante las 24 horas, los 7 días de la semana al **1-855-652-8249 (TTY: 711)**.

Alentamos a nuestros miembros a que trabajen con su PCP en relación con sus necesidades de atención médica. No obstante, si tiene una inquietud médica y no está seguro de qué hacer, llame a nuestra línea de ayuda de enfermería las 24 horas. Nuestra línea de ayuda de enfermería puede responder preguntas específicas o asesorarlo respecto de qué hacer cuando necesite atención médica, como llamar al PCP, programar una cita o acudir de inmediato a la sala de emergencias.

LLAME AL	**1-855-652-8249**. Esta llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711**. Esta llamada es gratuita.

Línea de crisis de salud conductual disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Comuníquese con Aetna Better Health si no sabe cómo obtener servicios durante una crisis. Lo ayudaremos a encontrar un proveedor para casos de crisis. Llame al **1-855-652-8249 (TTY: 711)**. 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 más cercano para obtener atención de emergencia.

LLAME AL	**1-855-652-8249**. Esta llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711.** Esta llamada es gratuita.

Línea de asesoramiento para servicios de tratamiento de adicciones y recuperación (ARTS) disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Servicios de tratamiento de adicciones y recuperación (ARTS)

Muchas personas luchan contra el consumo de sustancias en algún momento de sus vidas. Sin embargo, tenemos buenas noticias. La mayoría de las personas que padecen un trastorno por abuso de sustancias pueden beneficiarse de un tratamiento, sin importar cuán grave parezca el problema.

Su plan cubre una amplia variedad de tratamientos. Conocer sus opciones puede resultar esencial para usted. Estamos aquí para ayudarlo.

- El primer paso es conversar con su proveedor de atención primaria. Solicite más detalles sobre el tratamiento de los problemas con las sustancias y el alcohol.
- Hay opciones de tratamiento disponibles. Abarcan desde la atención para pacientes externos hasta la atención para pacientes internados. Entre ellas, se encuentra el tratamiento asistido con medicamentos. Esta opción se utiliza si usted tiene problemas con el abuso de medicamentos con receta. Su médico o su equipo de atención médica trabajarán con usted para encontrar el programa que mejor se adapte a sus necesidades.
- Comuníquese con su coordinador de atención de Aetna Better Health of Virginia. Conversaremos con usted sobre las opciones de atención que están a su disposición. Contamos con personal de enfermería disponible para usted durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. **Estas llamadas son confidenciales.**

Si no puede ponerse en contacto con su coordinador de atención, puede comunicarse con un profesional de ARTS para responder sus preguntas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

LLAME AL	**1-855-652-8249**. Esta llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711.** Esta llamada es gratuita.

Si no habla inglés

Podemos proporcionarle servicios de traducción. El Departamento de Servicios para miembros de Aetna Better Health tiene empleados que hablan su idioma y podemos acceder a servicios de interpretación. También hemos escrito información en muchos idiomas para nuestros miembros. Los materiales escritos actualmente se encuentran disponibles en inglés y en español. Si necesita servicios de interpretación, llame a nuestra Línea de ayuda lingüística (sin cargo) al 1-800-385-4104 (TTY: 711) y solicite hablar con un intérprete o recibir materiales escritos en su idioma.

Si tiene una discapacidad y necesita asistencia para comprender la información o trabajar con su coordinador de atención

Proporcionamos adaptaciones razonables para personas con discapacidades de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Esto incluye, entre otras cosas, comunicaciones accesibles (como un intérprete de lenguaje de señas calificado), materiales en braille o letra grande, etc. Si necesita una adaptación razonable, llame al Departamento de Servicios para Miembros (sin cargo) al 1-855-652-8249 (TTY: 711) para solicitar la ayuda que necesita.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid, comuníquese con el trabajador encargado de determinar la elegibilidad para Medicaid al Departamento de Servicios Sociales de la ciudad o del condado en donde usted vive. Si no sabe u olvidó el número de teléfono de su Departamento de Servicios Sociales local, puede encontrar un listado de su región en https://www.dss.virginia.gov/localagency/index.cgi. Si tiene preguntas sobre los servicios que obtiene con Aetna Better Health, llame al Departamento de Servicios para miembros al número de teléfono que aparece más abajo.

6. Cómo obtener atención y servicios

Cómo obtener atención de su médico de atención primaria

Su proveedor de atención primaria

Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico seleccionado por usted que cumple con determinados requisitos estatales y que tiene la formación necesaria para brindar atención médica básica. Generalmente consultará a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Su PCP trabajará con usted y con su coordinador de atención para coordinar la mayoría de los servicios que usted obtiene como miembro de nuestro plan. La coordinación de los servicios o suministros incluye corroborar su atención con otros proveedores del plan o consultarles sobre su atención. Si necesita consultar un médico que no sea su PCP, es posible que necesite una remisión (autorización) de su PCP. También es posible que deba obtener aprobación por adelantado de su PCP antes de recibir ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos. En algunos casos, su PCP deberá obtener nuestra autorización (aprobación previa). Dado que el PCP brindará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio del PCP. Comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros o con su coordinador de atención por cualquier pregunta que pueda tener sobre cómo pedir la transferencia de sus registros médicos a su PCP o sobre su atención y sus servicios.

Cómo elegir su PCP

Los miembros nuevos tienen derecho a elegir un PCP de nuestra red poco después de inscribirse en Aetna Better Health comunicándose con el Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página o accediendo a nuestro portal para miembros en AetnaBetterHealth.com/Virginia. Si aún no tiene un PCP, debe solicitar uno antes del día 25 del mes previo a la fecha de entrada en

vigencia de su inscripción, o Aetna Better Health podrá asignarle un PCP. Tiene derecho a cambiar su PCP en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios para miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página.

Si no tiene un PCP de nuestra red, podemos ayudarlo a encontrar un PCP altamente calificado en su comunidad. A fin de obtener ayuda para buscar un proveedor, puede usar nuestro Directorio de proveedores en línea en AetnaBetterHealth.com/Virginia. El Directorio de proveedores incluye una lista de todos los médicos, las clínicas, los hospitales, los laboratorios, los especialistas, los proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y otros proveedores que trabajan con Aetna Better Health. El Directorio también incluye información sobre las adaptaciones que cada proveedor tiene para las personas con discapacidades o que no hablan inglés. También podemos proporcionarle una copia en papel del Directorio de proveedores. Además, puede llamar al Departamento de Servicios para miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página o llamar a su coordinador de atención para obtener asistencia.

Debe buscar un médico que cumpla con lo siguiente:

- Lo conozca y entienda su estado de salud.
- Acepte pacientes nuevos.
- Hable su idioma.
- Tenga las adaptaciones adecuadas para personas con discapacidades físicas o de otro tipo.

Si tiene una discapacidad o una enfermedad crónica, puede preguntarnos si un especialista puede ser su PCP. También tenemos contratos con centros de salud con calificación federal (FQHC) que proporcionan atención primaria y especializada. Otra clínica también puede actuar como su PCP si la clínica es un proveedor de la red.

Las mujeres también pueden elegir un obstetra o ginecólogo para cuestiones de salud de la mujer. Estas cuestiones incluyen controles de rutina, atención de seguimiento si hay un problema y atención regular durante el embarazo. Las mujeres no necesitan una remisión del PCP para consultar a un obstetra o ginecólogo de nuestra red.

Para encontrar un especialista o proveedor participante, visite nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia. Seleccione "Find a Provider" (Encontrar un proveedor) en la parte superior de la página. Puede buscar por código postal o condado y estado, e incluso puede delimitar los resultados a una especialidad en particular si lo necesita. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor o especialistas que estén cerca de usted, lo ayudaremos.

Si tiene Medicare, infórmenos sobre su PCP

Si tiene Medicare, no tiene que elegir un PCP de la red de Aetna Better Health. Simplemente llame al Departamento de Servicios para miembros o a su coordinador de atención para darnos el nombre y la información de contacto de su PCP. Coordinaremos su atención con su PCP asignado de Medicare.

Si su PCP actual no está en nuestra red

Si no tiene Medicare, debe elegir un PCP de la red de Aetna Better Health. Puede seguir consultando a su PCP actual durante el período de continuidad de la atención, incluso si no está en la red de Aetna Better Health. El período de continuidad de la atención es de 30 días. Su coordinador de atención puede ayudarlo a encontrar un PCP en nuestra red. Al finalizar el período de continuidad de la atención, si no elige un PCP de la red de Aetna Better Health, le asignaremos uno.

Cómo cambiar su PCP

Puede llamar al Departamento de Servicios para miembros para cambiar su PCP en cualquier momento por otro PCP de nuestra red. Además, es posible que su PCP deje nuestra red. Le informaremos dentro de los 15 días desde que nos enteremos de esto. Podemos ayudarlo a encontrar un PCP nuevo.

Puede cambiar de PCP en nuestro portal web seguro para miembros en AetnaBetterHealth.com/Virginia. O bien, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-652-8249 (TTY: 711). Debe hacerlo antes de consultar a su médico nuevo. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes. Si hace el cambio antes del día 20 del mes, puede usar su nuevo PCP desde el primer día del mes siguiente.

Cómo programar una cita con su PCP

Su PCP se encargará de la mayoría de sus necesidades de atención médica. Llame a su PCP para programar una cita. Si necesita atención antes de su primera cita, llame al consultorio del PCP para solicitar una cita en una fecha anterior. Si necesita ayuda para programar una cita, llame al Departamento de Servicios para miembros al número que aparece más abajo.

Estándares de citas

Debe poder programar una cita con su PCP con la misma demora que cualquier otro paciente atendido por el PCP. Debe tener en cuenta las siguientes demoras para consultar a un proveedor:

- Para una emergencia: de inmediato.
- Para atención de urgencia y consultas en el consultorio si presenta síntomas: dentro de las 24 horas de la solicitud.
- Para consultas de atención primaria de rutina: dentro de los 30 días calendario.

Si está embarazada, debe programar una cita para consultar a un obstetra o ginecólogo de la siguiente manera:

- Primer trimestre (primeros 3 meses): dentro de los catorce (14) días calendario de la solicitud.
- Segundo trimestre: (de 3 a 6 meses): dentro de los siete (7) días calendario desde la solicitud.
- Tercer trimestre: (de 6 a 9 meses): dentro de los cinco (5) días hábiles desde la solicitud.
- Embarazo de alto riesgo: dentro de los tres (3) días hábiles o de inmediato si hay una emergencia.

Si no puede conseguir una cita dentro de los plazos mencionados arriba, llame al Departamento de Servicios para miembros al número que aparece más abajo y ellos lo ayudarán a programar la cita.

Cómo obtener atención de proveedores de la red

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 equipo médico duradero 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.

Estándares de tiempo de viaje y distancia

Aetna Better Health le proporcionará los servicios que necesita dentro de los estándares de tiempo de viaje y distancia descritos en la tabla a continuación. Estos estándares se aplican a servicios por los que debe viajar para recibir atención de proveedores de la red. Estos estándares no se aplican a proveedores que le brindan servicios en su hogar. 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, como la región de Roanoke/Alleghany o la región sudoeste, no debería tener que viajar más de 60 millas o 75 minutos para recibir servicios.

Estándares de tiempo de traslado del miembro y de distancia		
Estándar	**Distancia**	**Hora**
Área urbana • PCP • Especialistas y otros proveedores	15 millas 30 millas	30 minutos 45 minutos
Área rural • PCP • Especialistas y otros proveedores	30 millas 60 millas	45 minutos 75 minutos
Regiones de Roanoke/Alleghany y sudoeste		
Estándar	**Distancia**	**Hora**
Urbana y rural • PCP • Especialistas y otros proveedores	30 millas 60 millas	45 minutos 75 minutos

Accesibilidad

Aetna Better Health desea asegurarse de que todos los proveedores y servicios sean accesibles (incluidos el acceso físico y geográfico) para las personas con discapacidades como lo son para las personas sin discapacidades. Si tiene dificultades para conseguir una cita con un proveedor o para acceder a servicios debido a una discapacidad, comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros a los números de teléfono que figuran más abajo para recibir asistencia.

Consultas de telesalud

Cubrimos la telesalud. La telesalud engloba el uso de la tecnología de conferencias de audio o video con su proveedor de atención médica. Cubre los beneficios médicos y de salud conductual que no requieren una consulta en persona. Debido a la pandemia de la COVID-19, el uso de la telesalud ha aumentado. Esto permite a los miembros seguir consultando a su proveedor, pero en la seguridad de su hogar.

Comuníquese con su proveedor para programar una consulta de telesalud. Si necesita ayuda para programar una cita, nuestro equipo del Departamento de Servicios para Miembros está aquí para ayudarlo. Llame al **1-855-652-8249** (TTY **711**).

También, podemos brindarles a usted y a su proveedor servicios de interpretación de telesalud a través de un video de 3 vías. Todos los idiomas, incluso el lenguaje de señas estadounidense, están disponibles.

Qué son los “proveedores de la red”

Entre los proveedores de la red de Aetna Better Health, se incluyen los siguientes:

- Médicos, enfermeros y otros profesionales de salud que puede consultar como miembro de nuestro plan.

- Clínicas, hospitales, centros de atención de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud para nuestro plan.
- Proveedores de intervención temprana, agencias de atención médica a domicilio y proveedores de equipo médico duradero.
- Proveedores de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) incluidos centros de atención de enfermería, hospicio, atención médica diurna para adultos, cuidado personal, atención de relevo y otros proveedores de LTSS.

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

Qué son las "farmacias de la red"

Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado proporcionar los medicamentos con receta a nuestros miembros. Utilice el Directorio de proveedores y farmacias para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos.

Excepto en caso de una emergencia, debe obtener sus recetas en una de nuestras farmacias de la red si quiere que el plan lo ayude a pagarlas. Llame al Departamento de Servicios para miembros al número que aparece en la parte inferior de la página para obtener más información. Tanto el Departamento de Servicios para miembros como el sitio web de Aetna Better Health pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores y las farmacias de la red. Para comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros, llame al 1-855-652-8249 (TTY: 711). O bien, visite nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia.

Qué son los especialistas

Si necesita atención que su PCP no puede proporcionarle, su PCP podría remitirlo a un especialista. La mayoría de los especialistas se encuentra dentro de la red de Aetna Better Health. El especialista es un médico que brinda atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

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

Si necesita consultar a un especialista por atención continua, su PCP podrá remitirlo por una cantidad especificada de consultas o un determinado plazo (conocida como remisión permanente). Si tiene una remisión permanente, no necesitará una nueva remisión cada vez que requiera atención. Si tiene una afección incapacitante o enfermedades crónicas, puede preguntarnos si su especialista puede ser su PCP.

Para encontrar un especialista o proveedor participante, visite AetnaBetterHealth.com/Virginia. Seleccione “Find a Provider” (Encontrar un proveedor) en la parte superior de la página. Puede buscar por código postal o condado y estado, e incluso puede delimitar los resultados a una especialidad en particular si lo necesita. Si necesita ayuda para buscar un proveedor o especialista que esté cerca de usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-652-8249 (TTY: 711).

No exigimos que obtenga la remisión de su PCP antes de consultar a otro proveedor de la red de Aetna Better Health. Pero sí debe llamar a su PCP o coordinador de atención para informarle que consultará a otro proveedor. Esto ayuda a su PCP a coordinar la atención.

Si su proveedor deja nuestro plan

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

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, debemos proporcionarles acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- De ser posible, le avisaremos con, al menos, 15 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un proveedor calificado nuevo para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está en tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor que reúne los requisitos para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja o solicitar un proveedor nuevo.
- Si se entera de que su proveedor dejará el plan, póngase en contacto con su coordinador de atención para que podamos ayudarlo a encontrar un proveedor nuevo y a administrar su atención.

Si el proveedor abandona nuestra red de proveedores, usted puede continuar recibiendo los servicios cubiertos de este proveedor en los siguientes casos:

- Puede recibir los servicios cubiertos de su PCP por un período de hasta 30 días luego de la fecha en que el PCP nos haya proporcionado, o haya recibido de nuestra parte, un aviso de que

su participación en Aetna Better Health finaliza. Esto solo será así si el PCP continúa en el área de servicio de Aetna Better Health y está disponible para atender pacientes.

- Puede recibir servicios de proveedores que no sean su PCP durante un período de, al menos, 30 días si se encontraba en un tratamiento activo con un proveedor de Aetna Better Health antes del aviso del proveedor respecto de la cancelación de su participación en nuestra red de proveedores. Debe presentar una solicitud para continuar recibiendo servicios de atención médica de ese proveedor.

Puede recibir atención por períodos extensos en las siguientes circunstancias:

- Si ha ingresado en el segundo trimestre de embarazo cuando finaliza la participación de su proveedor y los servicios de ese proveedor están directamente relacionados con la atención durante el parto y después de este.
- Si tiene un pronóstico médico de esperanza de vida de 6 meses o menos, puede continuar recibiendo el tratamiento de dicho proveedor por el resto de su vida en lo que respecta a la atención directamente relacionada con el tratamiento de la enfermedad terminal.

La continuidad de las opciones de atención descritas anteriormente no está disponible si la participación del proveedor se cancela con motivo o si usted ya no es miembro de Aetna Better Health. Pagaremos al proveedor por los servicios cubiertos que usted reciba, según se describe anteriormente, conforme nuestro acuerdo con el proveedor.

Si su proveedor abandona la red, llame al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar ayuda al 1-855-652-8249 (TTY: 711).

Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Es posible que su médico le diga que tiene que consultar con un médico u otro proveedor de atención médica que no forma parte de la red de proveedores de Aetna Better Health. En tal caso, el médico debe enviar por escrito la información médica que necesitamos para revisar la solicitud. Nuestro personal revisará la información. Puede acudir a un proveedor fuera de la red de Aetna Better Health solo si (1) la atención es necesaria y (2) no hay proveedores dentro de la red de Aetna Better Health que puedan brindarle la atención que necesita.

Tenemos el derecho de informar dónde puede recibir los servicios cuando ningún proveedor de Aetna Better Health puede brindarle la atención que necesita. La atención debe estar autorizada antes de la consulta. El médico que desea brindarle la atención debe solicitar una autorización previa. Cuando recibe atención fuera de nuestra red, debe contar primero con nuestra autorización. Una vez que estos servicios estén autorizados, no tendrán costo para usted.

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para miembros al número que se indica más abajo.

Si en la red de Aetna Better Health no contamos con un especialista que le brinde la atención que usted necesita, le conseguiremos la atención que necesita de un especialista fuera de la red de Aetna Better Health. También le conseguiremos atención fuera de la red de Aetna Better Health en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Cuando Aetna Better Health haya aprobado a un médico fuera de su red establecida.
- Cuando un proveedor o centro fuera de la red le proporcione servicios de emergencia y de planificación familiar.

- Cuando reciba tratamiento de emergencia de proveedores que no pertenecen a la red.
- Cuando los servicios médicamente necesarios no estén disponibles en la red de Aetna Better Health.
- Cuando Aetna Better Health no pueda proporcionar el especialista que necesita dentro de la distancia estándar de más de 30 millas en áreas urbanas o más de 60 millas en áreas rurales.
- Cuando el tipo de proveedor necesario y disponible en la red de Aetna Better Health no brinde debido a objeciones morales o religiosas, el servicio que usted necesita.
- Dentro de los primeros 30 días desde su inscripción, cuando su proveedor no sea parte de la red de Aetna Better Health, pero lo haya tratado anteriormente.
- Si se encuentra en un centro de atención de enfermería cuando se inscriba en Aetna Better Health y el centro no pertenezca a la red de Aetna Better Health.

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, excepto del *monto pagado por el paciente* por servicios y soportes a largo plazo. Consulte la Sección 13 de este manual para obtener información sobre qué es el *monto pagado por el paciente* y cómo saber si tiene uno.

Atención de proveedores fuera del estado

Aetna Better Health no es responsable por los servicios que usted recibe fuera de Virginia, excepto en las siguientes circunstancias:

- Servicios de emergencia o de posestabilización necesarios.
- Cuando es habitual para los que viven en su localidad utilizar recursos médicos en otro estado.
- Los servicios requeridos son médicamente necesarios y no están disponibles dentro de la red ni dentro de la Mancomunidad de Virginia.

Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente

Los proveedores de la red siempre deben facturar a Aetna Better Health. Los médicos, hospitales y otros proveedores en nuestra red no pueden hacerle pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si les pagamos menos de lo que el proveedor nos cobró; esto se denomina "facturación de saldos". Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior al que cobró por un servicio. Si decidimos no pagar algunos cargos, igualmente usted no debe pagarlos.

Si recibe una factura por servicios cubiertos

Si se le factura alguno de los servicios cubiertos por nuestro plan, usted no debe pagar la factura. Si la paga, es posible que Aetna Better Health no pueda reembolsarle ese importe.

Cuando reciba una factura de un proveedor de la red o por servicios que están cubiertos fuera de la red (por ejemplo, servicios de emergencia o de planificación familiar), envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos de la factura por los servicios cubiertos.

Si recibe atención de proveedores fuera de los Estados Unidos

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

7. Cómo puede obtener atención para emergencias

Qué es una emergencia

Siempre tiene cobertura en los casos de emergencia. Una emergencia es una enfermedad repentina o inesperada, un dolor intenso, un accidente o una lesión que podrían producir lesiones graves o la muerte si no se los trata de inmediato.

Lo que debe hacer en caso de emergencia

¡Llame al 911 de inmediato! No necesita llamar a Aetna Better Health antes. No necesita una autorización o una remisión para servicios de emergencia.

Vaya al hospital más cercano. Llamar al 911 lo ayudará a llegar al hospital. Puede usar los servicios de cualquier hospital para recibir atención de emergencia, incluso si se encuentra en otra ciudad o estado. Si está ayudando a otra persona, intente mantener la calma.

Indíquele al personal del hospital que usted es miembro de Aetna Better Health. Pídales que llamen a Aetna Better Health al número de teléfono que figura en el dorso de su identificación de miembro de CCC Plus.

Qué es una emergencia médica

Es una situación en la que una persona piensa que debe actuar rápidamente para evitar problemas de salud graves. Incluye síntomas tales como dolor intenso o lesiones graves. La afección es tan grave que considera que, si no recibe atención médica de inmediato, podría tener estas consecuencias:

- Un grave riesgo a su salud.
- Un grave deterioro de las funciones corporales. O bien

- Una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo. O bien
- En el caso de una mujer embarazada, un trabajo de parto activo, es decir, trabajo de parto en un momento en que cualquiera de lo siguiente podría ocurrir:
    - Que no haya suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto.
    - O que el traslado pueda poner en riesgo su salud o su seguridad o la de su feto.

Qué es una emergencia de salud conductual

Una emergencia de salud conductual es aquella en la que una persona piensa o teme que podría lastimarse a sí misma o lastimar a un tercero.

Ejemplos de casos que no son emergencias

Estos son ejemplos de algunos casos que no son emergencias: resfríos, dolor de garganta, malestar estomacal, cortes y hematomas leves o distensiones musculares. Si no está seguro, llame a su PCP o a la Línea de asesoramiento médico de Aetna Better Health disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana al 1-855-652-8249 (TTY: 711).

Si tiene una emergencia cuando está lejos de su hogar

Usted o un familiar podrían tener una emergencia de salud médica o conductual mientras están lejos del hogar. Es posible que esté visitando a alguien fuera de Virginia. Mientras viaja, sus síntomas podrían empeorar de forma repentina. Si esto sucede, acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano. Puede utilizar cualquier hospital para recibir atención de emergencia. Muestre su tarjeta de Aetna Better Health. Diga que está en el programa de Aetna Better Health.

Qué cobertura tiene en caso de una emergencia

Puede recibir atención de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos. Si necesita una ambulancia para llegar a una sala de emergencias, nuestro plan cubre el transporte en ambulancia. Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le proporcionan atención de emergencia. Estos médicos nos informarán cuando finalice la emergencia médica.

Cómo notificar a Aetna Better Health sobre su emergencia

Notifique a su médico y a Aetna Better Health lo antes posible sobre la emergencia; preferiblemente, dentro de las 48 horas si está en condiciones de hacerlo. No obstante, no tendrá que pagar por los servicios de emergencia por demorar en avisarnos. Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Su coordinador de atención lo ayudará a recibir los servicios correctos antes de que sea dado de alta para garantizar que reciba la mejor atención posible. Llame a su coordinador de atención al 1-855-652-8249 (TTY: 711). Este número también figura en el dorso de su identificación de miembro de Aetna Better Health.

Después de una emergencia

Aetna Better Health proporcionará la atención de seguimiento necesaria, incluso a través de proveedores fuera de la red, de ser necesario, hasta que su médico diga que su afección está lo suficientemente estable como para que sea transferido a un proveedor dentro de la red o para que sea dado de alta. Si recibe la atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, intentaremos que proveedores de la red se hagan cargo de su atención en cuanto sea posible después de que su médico diga que usted está estable. También puede necesitar atención de seguimiento para asegurarse de mejorar. El plan cubre la atención de seguimiento.

Si está hospitalizado

Si está hospitalizado, un familiar o un amigo debe comunicarse con Aetna Better Health lo antes posible. Al mantener a Aetna Better Health informado, su coordinador de atención puede trabajar con el equipo del hospital para organizar la atención y los servicios correctos para usted antes de que sea dado de alta. Su coordinador de atención también mantendrá informado a su equipo médico, incluidos los proveedores de servicios de atención médica a domicilio, sobre sus planes de hospitalización y de alta.

Si no se trataba de una emergencia médica

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Es posible que solicite atención de emergencia y que el médico le diga que no era realmente una emergencia médica. Cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro. Sin embargo, después de que el médico diga que no era una emergencia, cubriremos su atención adicional solo si sigue las *Normas generales de cobertura* que se describen en la Sección 10 de este manual.

8. Cómo puede obtener atención de urgencia

Qué es la atención de urgencia

La atención de urgencia se refiere a la atención que se obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentina que no pone en riesgo la vida y que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Por ejemplo, es posible que tenga una afección preexistente que empeora y necesita ser tratada de inmediato. Otros ejemplos de atención de urgencia son desgarros, distensiones, sarpullidos, infecciones, fiebre, gripe, etc. En la mayoría de las situaciones, cubriremos la atención de urgencia solo si la recibe de un proveedor de la red.

Puede encontrar una lista de centros de atención de urgencia con los que trabajamos en nuestro Directorio de proveedores y farmacias, que se encuentra disponible en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia.

9. Cómo obtener sus medicamentos con receta

Esta sección explica las normas para obtener los *medicamentos con receta para pacientes externos*. Estos son medicamentos que su proveedor solicita para usted y que usted obtiene de una farmacia.

Normas para la cobertura de medicamentos para pacientes externos de Aetna Better Health

Aetna Better Health generalmente cubrirá los medicamentos siempre y cuando usted cumpla con las normas de esta Sección.

1. Debe tener un médico u otro proveedor autorizado para que le emita las recetas. Esta persona es a menudo su proveedor de atención primaria (PCP). También puede ser otro proveedor si su médico de atención primaria lo ha remitido. Las recetas para las sustancias controladas deben ser escritas por un médico o un proveedor de la red.
2. Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta.
3. El medicamento con receta debe aparecer en la Lista de medicamentos cubiertos de Aetna Better Health. Si no está en la Lista de medicamentos cubiertos, es posible que podamos cubrirlo mediante una autorización de servicio.
4. El medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia médica.
5. Si tiene Medicare, la mayoría de sus medicamentos están cubiertos a través de su aseguradora de Medicare. No podemos pagar ningún medicamento que esté cubierto por la Parte D de Medicare, incluidos los copagos.

6. Aetna Better Health puede brindar cobertura para el coseguro y los deducibles de los medicamentos de la Parte A y la Parte B de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que recibe mientras está en un hospital o centro de atención de enfermería.

Cómo obtener sus recetas

En la mayoría de los casos, Aetna Better Health pagará las recetas solo si se obtienen en las farmacias de la red de Aetna Better Health. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado proporcionar los medicamentos con receta a nuestros miembros. Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web, comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al número que aparece en la parte inferior de la página o ponerse en contacto con su coordinador de atención.

Para obtener el medicamento con receta, muestre su tarjeta de identificación de miembro en la farmacia de la red. Si tiene Medicare, muestre sus identificaciones de miembro de la Parte D de Medicare y de Aetna Better Health. La farmacia de la red le facturará a Aetna Better Health el costo de sus medicamentos con receta cubiertos. Si no tiene su identificación de miembro en el momento de obtener su receta, pídale a la farmacia que llame a Aetna Better Health para obtener la información necesaria.

Si necesita ayuda para obtener un medicamento con receta, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para miembros al número que aparece en la parte inferior de la página o llamar a su coordinador de atención.

Lista de medicamentos cubiertos

Aetna Better Health tiene una Lista de medicamentos cubiertos que son seleccionados por Aetna Better Health con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos cubiertos de Aetna Better Health también incluye todos los medicamentos de la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) del DMAS. 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, como un límite en la cantidad que puede obtener.

Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si sus medicamentos figuran en la Lista de medicamentos cubiertos o puede consultar en línea en AetnaBetterHealth.com/Virginia. O bien, podemos enviarle una copia impresa de la Lista de medicamentos cubiertos. La Lista de medicamentos cubiertos puede cambiar durante el año. Para obtener la Lista de medicamentos cubiertos más actualizada, ingrese a AetnaBetterHealth.com/Virginia o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que se indica más abajo.

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

- Visite el sitio web del plan en AetnaBetterHealth.com/Virginia. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si un medicamento está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

El plan no cubre todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no están incluidos en la Lista de medicamentos porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de medicamentos. Aetna Better Health no pagará los medicamentos que se mencionan en esta sección. Se los llama medicamentos excluidos. Si recibe una receta para un medicamento excluido, debe pagarlo usted mismo. Si considera que debemos pagar por un medicamento excluido en su caso, puede presentar una apelación. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte la Sección 15).

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos de Aetna Better Health siempre que usted cumpla con las normas que se explican en esta Sección. También puede obtener los medicamentos que no están en la lista cuando sea médicamente necesario. Es posible que su médico deba obtener una autorización de servicio de nuestra parte antes de que usted reciba algunos medicamentos.

Límites respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que limitan cómo y cuándo los cubrimos. En general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro, efectivo y rentable.

Si hay una norma especial para su medicamento, usualmente significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, su proveedor podría tener que solicitar una autorización de servicio para que usted obtenga el medicamento. Podemos aceptar o no la aprobación de la solicitud sin la necesidad de seguir pasos adicionales. Consulte el apartado

Autorización de servicio y determinación de beneficios y autorizaciones de servicio y continuidad de la atención en la Sección 14 de este manual.

Si usted es nuevo en Aetna Better Health, puede seguir obteniendo sus medicamentos autorizados durante la vigencia de la autorización o durante el período de continuidad de la atención después de inscribirse por primera vez, lo que suceda antes. El período de continuidad de la atención es de 30 días. Consulte *Período de continuidad de la atención* en la Sección 3 de este manual.

Si denegamos o limitamos la cobertura de un medicamento y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a apelarla. Consulte *Su derecho a apelar* en la Sección 15 de este manual. Si tiene alguna inquietud, comuníquese con su coordinador de atención. Su coordinador de atención trabajará con usted y con su PCP para asegurarse de que reciba los medicamentos que mejor funcionan para usted.

Obtener aprobación por adelantado

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

Probar un medicamento diferente primero

Podemos solicitarle que pruebe un medicamento (generalmente menos costoso) antes de cubrir otro medicamento (generalmente más costoso) para la misma afección médica. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona, entonces cubriremos el medicamento B. Esto se denomina tratamiento escalonado.

Límites de cantidad

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

Para averiguar si alguna de las normas se aplica a un medicamento que su médico le ha recetado, consulte la Lista de medicamentos cubiertos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia.

Suministro de emergencia

Puede haber un caso en el que su medicamento requiera una autorización de servicio y el médico que le extiende la receta no pueda proporcionarnos información de autorización rápidamente, por ejemplo, durante el fin de semana o un feriado. Si su farmacéutico considera que su salud se vería afectada sin el beneficio del medicamento, podemos autorizar un suministro de emergencia para 72 horas del medicamento con receta. Este proceso le proporciona un suministro a corto plazo de los medicamentos que necesita y le da tiempo a su médico para enviar una solicitud de autorización de servicio por el medicamento recetado.

Medicamentos sin cobertura

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

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®, a menos que dichos agentes se utilicen para tratar una afección que no sea la disfunción sexual o eréctil, para la que los agentes hayan sido aprobados por la FDA.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso (en ciertas condiciones, los medicamentos que se usan para tratar la obesidad pueden estar cubiertos) o el aumento de peso.
- Todos los medicamentos de la Implementación del estudio de la eficacia de los medicamentos (DESI) que, según lo definido por la FDA, son menos eficaces, incluidos los medicamentos con receta que incluyen un medicamento de la DESI.
- Medicamentos que han sido retirados.
- Medicamentos experimentales o medicamentos que no estén aprobados por la FDA.
- Cualquier medicamento comercializado por un fabricante que no participa en el programa Descuentos en medicamentos de Medicaid de Virginia.

Cómo cambiar de farmacias

Si necesita cambiar de farmacia y obtener nuevamente un medicamento con receta, puede pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la farmacia nueva. Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para miembros al número que aparece en la parte inferior de la página o llamar a su coordinador de atención.

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de Aetna Better Health, deberá buscar una nueva farmacia de la red. Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web, comunicarse con el Departamento de Servicios para miembros llamando al número que aparece en la parte inferior de la página o ponerse en contacto con su coordinador de atención. El Departamento de Servicios para miembros puede informarle si hay una farmacia de la red cerca.

Qué sucede si necesita una farmacia especializada

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Los medicamentos especializados se utilizan para el tratamiento de enfermedades complejas y, cuando se recetan, requieren un manejo especial o apoyo de atención clínica antes de ser entregados. Cada Organización de atención administrada (MCO) contrata una cantidad limitada de farmacias para que proporcionen estos medicamentos. Estos medicamentos serán enviados directamente al hogar del miembro o al consultorio de la persona autorizada a dar recetas y no pueden recogerse en locales de venta al público. Además, estos medicamentos, suelen requerir una autorización de servicio antes de ser entregados. Asegúrese de consultar el formulario de su plan para obtener información sobre la cobertura de estos medicamentos especializados y prevea el tiempo necesario para las entregas.

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

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se brindan a través del servicio de pedido por correo son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica

o prolongada. Los medicamentos disponibles a través de los servicios de pedido por correo de nuestro plan están marcados como medicamentos de “pedido por correo” en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de 90 días como máximo. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus recetas por correo, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su coordinador de atención al **1-855-652-8249** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana para solicitar un formulario de pedido por correo; o bien, puede registrarse en línea con CVS Caremark en www.caremark.com.

¿Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos?

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

Algunas farmacias de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

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

¿Puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red de Aetna Better Health?

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

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

- Si obtiene un medicamento con receta en relación con la atención de emergencia.
- Si obtiene un medicamento con receta en relación con atención urgente cuando las farmacias de la red no se encuentran disponibles.
- Si no puede obtener un medicamento con receta cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay ninguna farmacia de la red que atienda las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.
- Si trata de obtener un medicamento con receta que no está en el inventario habitual de una farmacia minorista o de pedido por correo accesible de la red (estos medicamentos con receta incluyen, por ejemplo, medicamentos huérfanos u otros medicamentos especiales).

- Si viaja fuera del área de servicio (dentro de los Estados Unidos) y se le acaban los medicamentos, los pierde o se enferma y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Si no ha recibido su medicamento con receta durante una declaración de desastre estatal o federal u otra declaración de emergencia de salud pública en la que ha sido evacuado o trasladado fuera de su área de servicio o lugar de residencia.
- Se permite un suministro fuera de la red para 29 días como máximo.
- Las reclamaciones impresas se deberán presentar para su reembolso.

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

¿Qué es el programa Seguridad y administración de uso del paciente (PUMS)?

Algunos miembros que requieren control adicional podrían inscribirse en el programa Seguridad y administración de uso del paciente (PUMS). El DMAS exige la participación en el programa PUMS, que ayuda a garantizar que sus medicamentos y servicios de salud funcionen en conjunto de manera tal que no se perjudique su salud. Como parte de este programa, podremos revisar la herramienta Programa de control de medicamentos con receta (Prescription Monitoring Program, PMP) que el Departamento de Profesiones de la Salud de Virginia mantiene para revisar sus medicamentos. Esta herramienta utiliza un sistema electrónico para controlar la provisión de medicamentos con receta de sustancias controladas.

Si es elegido para PUMS, es posible que esté restringido a utilizar solo una farmacia o acudir solo a un proveedor para obtener determinados tipos de medicamentos. Le enviaremos una carta para informarle cómo funciona PUMS. El período de permanencia es de 12 meses. Al finalizar el período de permanencia, controlaremos con usted si debe continuar en el programa. Si se lo incluye en PUMS y usted no considera que

debería participar en el programa, puede apelar. Debe enviarnos la apelación dentro de los 60 días posteriores a haber recibido la carta en la que se le informa que se lo inscribió en PUMS. También puede solicitar una audiencia imparcial del estado. Consulte el apartado *Apelaciones, audiencias imparciales del estado y quejas* en la Sección 15 de este manual.

Si participa en el programa PUMS, puede obtener recetas después del horario de atención si su farmacia seleccionada no abre las 24 horas. También podrá elegir un PCP, una farmacia u otro proveedor al/a la que desee que lo asignen. Si no selecciona proveedores para la asignación dentro de los 15 días, nosotros los elegiremos por usted.

Los miembros que están inscritos en PUMS recibirán una carta de Aetna Better Health que brinda información adicional sobre PUMS, incluida la siguiente información:

- Una explicación breve del programa PUMS.
- Una declaración que explica el motivo de la inclusión en el programa PUMS.
- Información sobre cómo apelar ante Aetna Better Health si se lo incluye en el programa PUMS.
- Información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial del estado después de agotar el proceso de apelaciones de Aetna Better Health.
- Información sobre cualquier norma especial que debe seguir para obtener servicios, incluidos los servicios de emergencia o fuera del horario de atención.
- Información sobre cómo elegir un proveedor de PUMS.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros al número que aparece más abajo o con su coordinador de atención si tiene preguntas sobre PUMS.

10. Cómo acceder a sus beneficios de CCC Plus

Beneficios de CCC Plus

Como miembro de Aetna Better Health, tiene una variedad de beneficios de atención médica y servicios disponible para usted. Recibirá la mayoría de sus servicios a través de Aetna Better Health, pero puede recibir algunos servicios a través del DMAS o un contratista del DMAS.

- Los servicios proporcionados a través de Aetna Better Health se describen en la Sección 10 de este manual.
- Los servicios cubiertos por el DMAS o un contratista del DMAS se describen en la Sección 11 de este manual.
- Los servicios que no tienen cobertura de Aetna Better Health ni del DMAS se describen en la Sección 12 de este manual.

No deberá pagar ningún costo por los servicios que usted reciba a través de Aetna Better Health o a través del DMAS, salvo el "monto pagado por el paciente" por los servicios y soportes a largo plazo. La Sección 13 de este manual brinda información sobre qué es el "monto pagado por el paciente" y cómo saber si usted tiene uno.

Normas generales de cobertura

Para recibir cobertura de los servicios, debe cumplir los requisitos generales de cobertura que se describen a continuación.

1. Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que usted necesita el servicio o los suministros para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o sus síntomas según los estándares de buena práctica médica aceptados.

2. En la mayoría de los casos, debe recibir atención por parte de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con Aetna Better Health. En la mayoría de los casos, Aetna Better Health no pagará la atención que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que Aetna Better Health autorice el servicio. La Sección 6 incluye más información sobre cómo utilizar los proveedores dentro y fuera de la red, incluidos los *servicios que puede recibir sin obtener primero la aprobación de su PCP*.
3. Algunos de los beneficios se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se denomina autorización de servicio. La Sección 14 incluye más información sobre las autorizaciones de servicio.
4. Si es nuevo en Aetna Better Health, puede seguir consultando a los médicos a los que consulta ahora durante el período de continuidad de la atención de 30 días. También puede seguir recibiendo sus servicios autorizados durante la vigencia de la autorización o durante el período de continuidad de la atención posterior a su inscripción por primera vez, lo que suceda primero. Además, consulte el apartado *Período de continuidad de la atención* en la Sección 3 de este manual.

Beneficios cubiertos a través de Aetna Better Health

Aetna Better Health cubre todos los siguientes servicios para usted cuando son médicamente necesarios. Si tiene Medicare u otro plan de seguro, coordinaremos estos servicios con su plan de Medicare o de otro seguro. Consulte la Sección 11 de este manual para conocer los *servicios cubiertos a través del programa de pago por servicio de Medicaid del DMAS*.

- Atención médica de rutina, incluidas las consultas en el consultorio de su PCP, remisiones a especialistas, exámenes, etc. *Para obtener más información sobre los servicios del PCP, consulte la Sección 6 de este manual.*

- Atención preventiva, incluidos controles regulares, pruebas de detección y consultas de bienestar para bebés y niños. *Para obtener más información sobre los servicios del PCP, consulte la Sección 6 de este manual.*
- Servicios de tratamiento de adicciones y recuperación (ARTS), incluidos los de pacientes internados, pacientes externos, basados en la comunidad, tratamiento asistido por medicamentos, servicios de pares y administración de casos. Los servicios pueden requerir autorización. *Más adelante en esta sección del manual encontrará información adicional sobre los ARTS.*
- Servicios de atención médica diurna para adultos (consulte Exención de CCC Plus).
- Servicios de coordinación de la atención, incluida la asistencia para conectarse con los servicios cubiertos por CCC Plus y con los recursos de vivienda, alimentación y la comunidad. *Para obtener más información sobre su coordinador de atención, consulte la Sección 4 de este manual.*
- Servicios clínicos, incluida la diálisis renal.
- Servicios de exención basados en el hogar y en la comunidad de CCC Plus (anteriormente conocidos como exenciones para personas de edad avanzada o con discapacidades dirigida por el consumidor [EDCD] o para tecnología de asistencia), que incluyen atención médica diurna para adultos, tecnología de asistencia, modificaciones ambientales, servicios de cuidado personal, sistemas de servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS), servicios de atención de enfermería privada, servicios de cuidados paliativos, facilitación de servicios, servicios de transición. *Más adelante en esta sección se proporciona información adicional sobre los servicios de exención de CCC Plus. La Sección 11 de este manual brinda información sobre los servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo.*

- Prueba de detección de cáncer colorrectal.
- Servicios ordenados por un tribunal.
- Equipo médico duradero (DME) y suministros, incluidos equipos y suministros respiratorios, de oxígeno y ventilador médicamente necesarios; sillas de ruedas y accesorios; camas de hospital; equipo y suministros para diabéticos; productos para la incontinencia; tecnología de asistencia; dispositivos de comunicación; equipos y dispositivos para rehabilitación, y otros equipos y suministros necesarios.
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) para niños menores de 21 años. *Más adelante en esta sección del manual encontrará información adicional sobre los servicios de EPSDT.*
- Servicios de intervención temprana para los niños desde el nacimiento hasta los 3 años de edad. *Más adelante en esta sección del manual encontrará información adicional sobre los servicios de intervención temprana.*
- Terapia electroconvulsiva (Electroconvulsive Therapy, ECT).
- Órdenes de custodia de emergencia (Emergency Custody Order, ECO).
- Servicios de emergencia, incluidos servicios de transporte de emergencia (ambulancia, etc.).
- Servicios de emergencia y de posestabilización. *En la Sección 7 de este manual encontrará información adicional sobre los servicios de emergencia y de posestabilización.*
- Servicios de enfermedad renal terminal.
- Exámenes de la vista.

- Servicios de planificación familiar, como servicios, dispositivos, medicamentos (incluidos los anticonceptivos reversibles de acción prolongada) y suministros para el retraso o la prevención del embarazo. Usted puede elegir su método de planificación familiar, incluso a través de proveedores que están dentro o fuera de la red de Aetna Better Health. Aetna Better Health no requiere que obtenga una autorización de servicio o una remisión del PCP para los servicios de planificación familiar.
- Servicios de tratamiento para la disforia de género.
- Tiras reactivas para controlar el nivel de glucosa.
- Servicios auditivos (audiología).
- Servicios de atención médica a domicilio.
- Servicios de hospicio.
- Atención en hospital: pacientes internados y pacientes externos.
- Prueba y asesoramiento para tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Inmunizaciones.
- Servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados.
- Servicios de laboratorio, radiología y anestesia.
- Investigaciones de plomo.
- Mamografías.
- La atención de maternidad incluye atención durante el embarazo, servicios de médicos y enfermera partera certificada. En la Sección 6 de este manual encontrará información adicional sobre la atención de maternidad.

- Servicios de salud mental, incluidos los servicios de psicoterapia para pacientes externos y los servicios comunitarios en casos de crisis y para pacientes internados. Entre los servicios comunitarios y en centros, se incluyen los siguientes:
    - Administración de casos de salud mental
    - Tratamiento terapéutico diurno (TDT) para niños
    - Servicios de desarrollo de capacidades de salud mental (MHSS)
    - Servicios intensivos en el hogar
    - Rehabilitación Psicosocial
    - Análisis del comportamiento aplicado
    - Servicios de apoyos para la recuperación de la salud mental entre pares
    - Programa de hospitalización parcial de salud mental
    - Programa intensivo de salud mental para pacientes externos
    - Assertive Community Treatment (Tratamiento comunitario de reafirmación personal)
    - Tratamiento multisistémico (MST)
    - Terapia familiar funcional (FFT)
    - Crisis móvil
    - Estabilización comunitaria
    - Observación de 23 horas
    - Estabilización de crisis residencial
- Servicios de enfermera partera a través de un proveedor certificado de enfermeras parteras.

- El centro de atención de enfermería incluye atención especializada, internación prolongada en el hospital y cuidado asistencial. *Más adelante, en esta Sección del manual, encontrará información adicional sobre los servicios en un centro de atención de enfermería.*
- Trasplantes de órganos.
- Dispositivos ortésicos, incluidos aparatos dentales, entablillados y soportes, para niños menores de 21 años o para adultos a través de un programa de rehabilitación intensivo.
- Servicios hospitalarios para pacientes externos.
- Pruebas de Papanicolaou.
- Servicios de cuidado personal o de asistencia personal (a través de EPSDT o de la exención de CCC Plus).
- Servicios del médico o servicios del proveedor, incluidas consultas en el consultorio del médico.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
- Servicios de podiatría (cuidado de los pies).
- Servicios prenatales y maternales.
- Medicamentos con receta. *Para obtener más información sobre los servicios de farmacia, consulte la Sección 9 de este manual.*
- Servicios de atención de enfermería privada (a través de EPSDT y a través de la exención de servicios basados en el hogar y la comunidad de CCC Plus).
- Examen del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA) y tacto rectal.
- Dispositivos protésicos, incluidos brazos, piernas y sus inserciones de soporte, mamas y prótesis oculares.
- Servicios psiquiátricos o psicológicos.

- Servicios de radiología.
- Cirugía reconstructiva de mama.
- Servicios de diálisis renal (de riñón).
- Servicios de rehabilitación para pacientes internados y pacientes externos (incluidos fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de audiología).
- Servicios de segunda opinión de un proveedor de atención médica calificado dentro de la red o coordinaremos para usted obtenga una segunda opinión fuera de la red sin costo. El médico que brinde la segunda opinión no debe trabajar en el mismo consultorio que el primer médico. Las remisiones fuera de la red podrían aprobarse cuando no se pueda acceder a un proveedor participante o cuando ningún proveedor participante pueda satisfacer sus necesidades individuales.
- Servicios quirúrgicos cuando sean médicamente necesarios y estén aprobados por Aetna Better Health.
- Servicios de telemedicina.
- Órdenes de detención temporal (Temporary Detention Order, TDO).
- Servicios, educación y farmacoterapia para dejar de fumar para todos los miembros.
- Servicios de transporte, incluidos los de emergencia y los que no sean de emergencia (traslado aéreo, ambulancia terrestre, camionetas para camillas, camionetas para sillas de ruedas, autobús público, conductores voluntarios/registrados, taxis). Aetna Better Health también proporcionará transporte hasta y desde la mayoría de los servicios “excluidos” y mejorados. *Más adelante en esta sección del manual encontrará información adicional sobre los servicios de transporte. Los servicios de*

transporte para los servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo se cubren a través del DMAS, como se describe en la Sección 11 de este manual.

- Servicios de la vista.
- Consultas de bienestar: ni bien reciba la identificación de miembro debe programar una consulta de control con su PCP, incluso si no está enfermo. De esta forma, el PCP puede conocerlo mejor y ayudarlo con problemas de salud futuros antes de que se presenten o, al menos, detectarlos antes. El PCP buscará posibles problemas según su edad, peso y hábitos. El PCP también lo ayudará a encontrar formas de estar 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. En el caso de los controles, las vacunas y las pruebas de detección, intente llamar al PCP con dos o tres semanas de anticipación para concertar una cita. Asistir a las citas. No falte a las citas con el médico. Su médico puede cuidar mejor de su salud cuando acude a todas las consultas. Si no puede acudir, avise al médico con al menos 24 horas de anticipación.
- Servicios de aborto: la cobertura solo está disponible en los casos en los que hubiera un peligro sustancial para la vida de la madre.

Beneficios adicionales que proporcionamos que no tienen cobertura de Medicaid

Como miembro de Aetna Better Health, tiene acceso a servicios que generalmente no están cubiertos por el pago por servicio de Medicaid. Se los conoce como “beneficios mejorados”. En el caso de servicios para los que no se especifique un número de teléfono, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-652-8249 (TTY: 711)** y pida que lo transfieran a un coordinador de atención. Brindamos los siguientes beneficios mejorados:

Beneficio adicional	Servicios y límites	Miembros que reúnen los requisitos	Criterios para la aprobación
Atención de la audición para adultos	**Hear USA** 855-802-5529 Un examen de la audición y $1,500 para audífonos más 60 baterías por año. Se incluyen consultas ilimitadas para ajustes de audífonos.	Para mayores de 21 años	Requiere autorización previa
Atención de la vista para adultos	**VSP (Vision Service Plan)** 800-877-7195 Un examen de la vista y $250 para anteojos o lentes de contacto por año.	Para mayores de 21 años	No se requiere autorización previa
Trabajadores de salud comunitaria	Los trabajadores de salud comunitaria están disponibles en cada región para vincular a los miembros con vivienda segura, mercados locales de alimentos, oportunidades laborales y capacitación, acceso a servicios de atención médica, recursos comunitarios, transporte, actividades recreativas y otros servicios	Disponible para todos los miembros	No se requiere autorización previa
Atención de la diabetes	Recetas requeridas de podiatría o medicina ortopédica Un par de zapatos terapéuticos o plantillas ortopédicas por año (límite de $200 por año)	Para mayores de 21 años con un diagnóstico de diabetes	No se requiere autorización previa
Cuidados paliativos ampliados	10 horas adicionales de cuidados paliativos por mes, según la necesidad médica	Disponible para todos los miembros que reciben servicios de cuidados paliativos	Requiere autorización previa

Beneficio adicional	Servicios y límites	Miembros que reúnen los requisitos	Criterios para la aprobación
Entrega de comidas a domicilio	**Mom's Meals** Entrega de comidas a domicilio después del alta hospitalaria: 2 comidas por día durante 7 días, para un total de 14 comidas.	Para mayores de 21 años con un alta del hospital	Requiere autorización previa del administrador de atención
Atención de la memoria	Dos alarmas para puertas y seis trabas para ventanas.	Disponible para miembros con diagnóstico de demencia, enfermedad de Alzheimer, o para niños elegibles con necesidades especiales	Requiere autorización previa
Teléfono celular sin costo proporcionado por Assurance (ver enlace a la derecha)	Teléfono inteligente Android gratuito que incluye: datos ilimitados gratuitos, mensajes de texto ilimitados gratuitos, minutos ilimitados gratuitos, 10 GB de datos mensuales gratuitos para hotspot (hasta 4G LTE de velocidad) y llamadas gratuitas al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health, a la Línea de ayuda de cuidado administrado de Virginia, a la Línea de ayuda de CCC Plus y a CoverVA. Para presentar una solicitud, visite www.aetnabetterhealth.com/virginia/members/phones.	Mayores de 18 años	No se requiere autorización previa
Transporte que no sea de emergencia	**ModivCare** 800-734-0430 Traslados ilimitados a citas médicas y farmacias dentro de un radio de 50 millas.	Todos los miembros de CCC Plus	No se requiere autorización previa

Beneficio adicional	Servicios y límites	Miembros que reúnen los requisitos	Criterios para la aprobación
	Además, traslados gratis (30 viajes de ida y vuelta o 60 viajes de ida o vuelta cada año) a supermercados, mercados de agricultores, bancos de alimentos, despensas de alimentos, lugares de culto, bibliotecas, gimnasios o clases de ejercicios, el DSS, el Departamento de Vehículos Motorizados (DMV), el programa Mujeres, bebés y niños (WIC), la Oficina del Seguro Social y más.		
Asistente para la atención personal	Para miembros seleccionados de alto riesgo en un centro de atención de enfermería que hicieron la transición de una hospitalización de cuidados agudos. Máximo de 8 horas por día, para un beneficio total de 40 horas	Para mayores de 21 años y miembros seleccionados de alto riesgo en un centro de atención de enfermería	Requiere autorización previa
Centro de bienestar virtual *(sustituye las actividades del centro regional de bienestar durante la pandemia de la COVID-19)*	Comuníquese con el personal de Aetna Better Health, que incluye a nuestros trabajadores de salud comunitarios, coordinadores de desarrollo y alcance comunitarios, especialistas en vivienda y empleo y especialistas en apoyo de pares, para vivir una vida más saludable. Nuestro equipo puede hablar con usted sobre sus necesidades individuales y conectarlo con el apoyo del plan de salud y los recursos comunitarios donde usted vive.	Disponible para todos los miembros	No se requiere autorización previa

Beneficio adicional	Servicios y límites	Miembros que reúnen los requisitos	Criterios para la aprobación
	Mediante la tecnología de videoconferencia organizamos reuniones a las que puede asistir, como nuestra serie de educación sobre salud crónica, *baby showers* virtuales y reuniones del comité de asesoramiento de miembros. Estas reuniones permiten que usted, nuestro miembro, obtenga más información sobre su atención médica y sugiera formas de mejorar nuestros beneficios y servicios para usted. Los miembros también tienen acceso gratuito a MyActiveHealth y a nuestro directorio de recursos comunitarios en todo el estado a través de Aunt Bertha en https://aetna-va.auntbertha.com.		
Control del peso	Programa de nutrición certificado de 12 semanas y seis consultas de asesoramiento	Para mayores de 21 años	No se requiere autorización previa
Recompensas de bienestar	Tarjeta de incentivo: $15: examen de la vista con dilatación relacionado con la diabetes $25: examen de bienestar (incluye análisis de HbA1c y pruebas de detección de colesterol LDL) $15: mamografía de mujer $15: prueba de detección de cáncer de cuello de útero	Para mayores de 21 años	No se requiere autorización previa

Beneficio adicional	Servicios y límites	Miembros que reúnen los requisitos	Criterios para la aprobación
	$25: colonoscopía inicial $15: vacuna antigripal $25: prueba de detección de cáncer de próstata		
Estipendio por período de soluciones sanitarias de venta libre	Un estipendio mensual de $20 para los miembros con períodos para gastar en los productos del período que elijan a través de CVS Pharmacy®. Obtenga más información en **www.CVS.com/Otchs/ABHVA**.	Disponible para miembros con períodos	No se requiere autorización previa

Cómo acceder a servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos

Qué son los servicios de EPSDT

Los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) son un beneficio de Medicaid obligatorio a nivel federal, que proporciona servicios de atención médica integral y preventiva para niños menores de 21 años. Si tiene un hijo menor de 21 años, el programa EPSDT proporciona servicios preventivos, dentales, especializados, de salud conductual y de desarrollo adecuados. Incluye cobertura para inmunizaciones, consultas de bienestar infantil, investigaciones de plomo, atención de enfermería privada, cuidado personal y otros servicios y terapias que tratan o mejoran una afección. También cubre servicios que evitan que la afección de su hijo empeore. El programa EPSDT puede proporcionar cobertura para servicios médicamente necesarios incluso si normalmente Medicaid no cubre estos servicios.

Cómo obtener servicios de EPSDT

Aetna Better Health brinda la mayoría de los servicios cubiertos de EPSDT de Medicaid. Sin embargo, algunos servicios de EPSDT, como la atención dental pediátrica, no están cubiertos por Aetna Better Health. Podrá obtener cualquier servicio que no esté cubierto por Aetna Better Health a través del programa de pago por servicio de Medicaid. En la Sección 11 de este manual encontrará información adicional sobre los servicios brindados a través del pago por servicio de Medicaid.

Nos dedicamos a garantizar que todos los miembros elegibles para Medicaid menores de 21 años reciban servicios de EPSDT y que sus padres, tutores y proveedores usen los recursos de manera eficiente. Nuestro programa EPSDT promueve la colaboración con miembros, proveedores, agencias estatales, organizaciones comunitarias y otros participantes para lograr este objetivo para nuestros miembros.

Para ayudar a garantizar la utilización, otorgamos consultas de bienestar infantil de EPSDT para miembros elegibles menores de 21 años. Para identificar problemas de salud y del desarrollo, las detecciones tempranas y periódicas se programan conforme a la Mancomunidad a través de consultas con proveedores médicos que participan en la atención médica del niño.

El programa EPSDT puede ser especialmente importante para niños que están en la lista de espera de la exención para personas con discapacidades del desarrollo o la exención para personas con discapacidad intelectual. Mientras el niño espera el acceso a la exención, es posible que necesite recibir servicios como atención de enfermería especializada o cuidado personal.

Además, los adultos jóvenes con discapacidades de entre 18 y 21 años a menudo son elegibles para Medicaid cuando se convierten en elegibles para el ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI); estos adultos jóvenes pueden beneficiarse especialmente del programa EPSDT. Las consultas de EPSDT completas incluyen lo siguiente:

- Antecedentes integrales de la salud y del desarrollo.
- Examen físico integral sin vestimenta.
- Inmunizaciones adecuadas.
- Servicios de laboratorio, como prueba de detección de intoxicación por plomo.
- Exámenes de detección dentales, auditivos y de la vista.
- Otras pruebas de detección según sean determinadas como necesarias por un proveedor.
- Educación sobre salud e instrucciones anticipadas como un componente requerido de los servicios de detección.

Llame a nuestro Departamento de Servicios para miembros al 1-855-652-8249 (TTY: 711) con el fin de obtener la autorización previa para cualquier servicio de EPSDT, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Equipo médico duradero (DME)
- Pruebas genéticas
- Servicios basados en el hogar, incluido el cuidado personal
- Imágenes (tomografías)
- Inyectables
- Servicios para pacientes internados
- Pruebas neuropsicológicas
- Dispositivos protésicos/ortésicos

- Cirugía para pacientes externos
- Pruebas psicológicas
- Servicios de proveedores fuera de la red
- Estudios del sueño
- Terapias
- Radiología nuclear
- Consultas por trasplantes, evaluaciones y procedimientos de pruebas/trasplantes

Cómo obtener servicios de intervención temprana

Si tiene un bebé menor de tres años y considera que no está aprendiendo o desarrollándose igual que otros bebés e infantes, su hijo puede reunir los requisitos para recibir servicios de intervención temprana. La intervención temprana incluye servicios como terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional, coordinación de servicios y servicios de desarrollo para ayudar a las familias a apoyar el aprendizaje y el desarrollo del niño en las actividades y las rutinas diarias. Los servicios generalmente se proporcionan en su hogar.

El primer paso es acudir al programa local *Conexión con los bebés y niños pequeños (Infant and Toddler Connection)* en su comunidad para consultar si su hijo es elegible. Un niño desde su nacimiento hasta los tres años es elegible si tiene (i) un retraso del desarrollo del 25 % en una o más áreas de desarrollo, (ii) un desarrollo atípico o (iii) una afección física o mental diagnosticada con una alta probabilidad de causar un retraso del desarrollo.

Para obtener más información, llame a su coordinador de atención. Su coordinador de atención puede ayudarlo. Si su hijo está inscrito en Aetna Better Health, le proporcionaremos cobertura para los servicios

de intervención temprana. Su coordinador de atención trabajará en estrecha relación con usted y el programa *Infant and Toddler Connection* para ayudarlo a acceder a estos servicios y a cualquier otro servicio que su hijo pueda necesitar. También encontrará información disponible en www.infantva.org o llamando al 1-800-234-1448.

Cómo acceder a los servicios de salud conductual

Los servicios de salud conductual ofrecen una amplia variedad de opciones de tratamiento para personas con un trastorno de salud mental o por abuso de sustancias. Muchas personas luchan contra enfermedades de salud mental, como depresión, ansiedad y otros problemas de salud mental, y el abuso de sustancias en algún momento de sus vidas. Estos servicios de salud conductual pretenden ayudar a las personas a vivir en la comunidad y mantener un estilo de vida lo más independiente y satisfactorio posible. Los servicios varían desde asesoramiento para pacientes externos hasta atención hospitalaria, que incluye tratamiento diurno y servicios en casos de crisis. Estos servicios se pueden proporcionar en su hogar o en la comunidad, por un plazo corto o largo, y todos son realizados por personas y organizaciones calificadas.

Comuníquese con su coordinador de atención si tiene problemas para lidiar con sus pensamientos y sentimientos. Su coordinador de atención lo ayudará a programar una cita para hablar con un profesional de atención de salud conductual.

Algunos servicios de salud conductual están cubiertos a través de Magellan, el administrador de servicios de salud conductual (Behavioral Health Services Administrator, BHSA) del DMAS. Su coordinador de atención trabajará en estrecha relación con el BHSA para coordinar los servicios que necesita, incluidos aquellos que se proporcionan a través del BHSA.

Para más información sobre cómo recibir servicios de salud conductual, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-652-8249 (TTY: 711) con el fin de obtener la autorización previa para los siguientes servicios, entre otros:

- Servicios para pacientes externos en el consultorio privado de un psiquiatra o psicólogo clínico con licencia, en departamentos para pacientes externos de un hospital certificado y en las clínicas de salud mental comunitarias aprobadas u operadas por el Departamento de Servicios de Salud Conductual y Desarrollo de Virginia.
- Servicios de tratamiento médicamente necesarios por abuso de sustancias y salud mental individuales, familiares y grupales para pacientes externos.
- Los servicios hospitalarios para pacientes internados a corto plazo están cubiertos para aquellos miembros menores de 21 años que se encuentren en hospitales participantes cuando sean autorizados previamente por el proveedor de salud mental de Aetna Better Health. Las hospitalizaciones por el tratamiento de afecciones médicas relacionadas con el abuso de sustancias (como gastritis aguda, convulsiones, pancreatitis o cirrosis) deben contar con nuestra autorización previa.
- Pruebas psicológicas cuando estén relacionadas con una enfermedad psiquiátrica aparente o diagnosticada y cuando sean parte del plan del médico para determinar cuál es la enfermedad mental y cómo tratarla.
- Los niños con necesidades especiales de evaluaciones y servicios de tratamiento médicamente necesarios, incluidos los niños que han sido víctimas de maltrato y negligencia infantil, pueden recibir esta atención si (1) un médico o proveedor, cuya especialidad sea

el diagnóstico y tratamiento de maltrato y negligencia infantil, presta los servicios; (2) un médico o proveedor con experiencia similar presta los servicios. El DMAS verificará a los proveedores que cumplan con estos requisitos.

- Los servicios requeridos por una orden de detención temporal (TDO) están cubiertos por hasta 96 horas.
- Toda la atención que se brinde en un hospital psiquiátrico independiente está cubierta para los miembros de hasta 21 años y para los mayores de 64. Cuando se ingresa a un niño para recibir servicios de EPSDT, se debe completar una certificación de la necesidad de atención, según lo exigido por las leyes federales y estatales.

Sus beneficios de salud mental nuevos (y mejorados)

Su salud mental es importante. Igual de importante es poder recibir la atención que necesita, cuando y donde la necesite. Es por ello que nos complace informarle sobre sus beneficios de salud mental nuevos (y mejorados).

Servicios que puede obtener a partir del 1 de julio de 2021

	Para adultos	Para jóvenes
Assertive Community Treatment (Tratamiento comunitario de reafirmación personal)	X	
Programa de hospitalización parcial de salud mental	X	X
Programa intensivo de salud mental para pacientes externos	X	X

Servicios que puede obtener a partir del 1 de diciembre de 2021

	Para adultos	Para jóvenes
Tratamiento multisistémico		X
Terapia familiar funcional		X
Crisis móvil	X	X
Estabilización comunitaria	X	X
Observación de 23 horas	X	X
Estabilización de crisis residencial	X	X

La terapia conductual ahora es el análisis del comportamiento aplicado (ABA)

El 1 de diciembre de 2021, la terapia conductual hará la transición al análisis del comportamiento aplicado (ABA). **Si su hijo actualmente recibe terapia conductual, sus servicios y el proveedor no cambiarán. No se requieren acciones de su parte.**

¿Qué es el ABA y cómo puede ayudar a mi hijo?

El ABA respalda las necesidades de salud conductual de su hijo de la siguiente manera:

- Ayuda a desarrollar habilidades sociales importantes.
- Mejora la comunicación.
- Ayuda a aprender habilidades nuevas que puedan usarse en la vida cotidiana (en el hogar y la escuela).

Importante: Cómo evitar los servicios duplicados

El ABA no puede combinarse con los siguientes servicios: servicios intensivos en el hogar, de desarrollo de capacidades de salud mental, de terapia familiar funcional (FFT), del programa de hospitalización parcial o de tratamiento comunitario de reafirmación personal. Combinarlos implicaría una duplicación de servicios. Sin embargo, puede aprobarse una autorización de 14 días calendario para su hijo si ingresa o es dado de alta en la FFT.

Información adicional sobre sus beneficios de salud mental nuevos

Tratamiento comunitario de reafirmación personal (ACT)

El ACT utiliza un enfoque centrado en la persona para brindarle atención y se realiza en la comunidad donde vive. Ayuda a los adultos a controlar enfermedades mentales graves durante la recuperación. El personal capacitado trabajará con usted para crear un plan para la vida diaria y desarrollar habilidades importantes para la vida. Lo ayudará a administrar sus medicamentos. Los servicios del ACT también lo ayudarán a coordinar sus próximas consultas de atención médica. De esa manera, usted obtiene la atención de seguimiento que necesita cuando la requiera.

Programa de hospitalización parcial de salud mental (MH-PHP)

Los servicios del MH-PHP se ofrecen, por lo menos, cinco días a la semana y cuatro horas al día. Es un programa estructurado que se realiza en un ambiente seguro. No requiere una hospitalización durante la noche. El personal de atención médica trabaja con usted para que conozca cómo manejar una crisis y estar seguro. Trabajarán en sus síntomas para poder prevenir un retroceso en el futuro. Usan una variedad de enfoques para ocuparse de su cuidado.

Programa intensivo de salud mental para pacientes externos (MH-IOP)

El MH-IOP se lleva a cabo, por lo menos, tres días a la semana. Es un programa estructurado en un entorno para pacientes externos. Incluye tratamiento y ayuda para desarrollar habilidades para la vida. El tratamiento para trastornos relacionados con el consumo de sustancias, la coordinación de atención y el cambio de comportamiento también pueden formar parte del programa. El MH-IOP es más intenso que los servicios tradicionales para pacientes externos. Puede ayudar a los miembros a permanecer lejos del hospital.

Tratamiento multisistémico (MST)

El MST trabaja con la familia, la escuela y la comunidad para asistir a los jóvenes en riesgo. Su objetivo es apoyar a aquellos que necesitan ayuda con el comportamiento, el estado de ánimo o el consumo de sustancias. El servicio ayuda a los jóvenes a permanecer en el hogar y en la escuela.

Ayuda a que se mantengan alejados de los problemas, del hospital o de otros centros. Se modela un comportamiento positivo. En este programa, se empodera a los padres y tutores, así como a los jóvenes.

Terapia familiar funcional (FFT)

La FFT ayuda a los jóvenes en riesgo. El personal capacitado trabaja con la familia. Esto se lleva a cabo para abordar las necesidades de salud conductual o emocionales de su hijo. Se centra en fortalecer los lazos familiares y crear comportamientos positivos. Su objetivo es mantener a los jóvenes en el hogar y la escuela y alejados del hospital o del sistema judicial. Un socio de la comunidad puede remitir a un joven que considere que está en riesgo. El programa es a corto plazo.

Crisis móvil

Un equipo de crisis móvil acude a usted durante una crisis. Lo ayudarán a superar la crisis y se asegurarán de que esté seguro. Ayudan con los traumas y pueden conectarlo con recursos útiles donde vive. Esto puede ayudarlo a permanecer alejado del hospital.

Estabilización comunitaria

Estos servicios se llevan a cabo en la comunidad. Solo duran un período corto y tienen como fin estabilizar a una persona después de una crisis de salud mental.

Observación de 23 horas

Este es un programa sin cita previa al que puede acudir para ser evaluado cuando note un gran cambio en cómo se siente. Está diseñado para ayudarlo antes de que se produzca una crisis. Puede acceder a este servicio durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Se brinda en un entorno similar al de una clínica, donde usted puede permanecer hasta 23 horas.

Estabilización de crisis residencial

El personal capacitado lo ayudará cuando atraviese una crisis de salud mental o por consumo de sustancias. Este servicio se brinda en una unidad residencial de crisis de su comunidad. Está diseñado para respaldarlo durante este momento y mantenerlo alejado del hospital.

Se ofrece durante las 24 horas, los 7 días de la semana, durante un período corto.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-652-8249** (TTY: **711**) para obtener más información u obtener la autorización previa.

Cómo acceder a los servicios de tratamiento de adicciones y recuperación (ARTS)

Aetna Better Health ofrece una variedad de servicios que ayudan a las personas que luchan contra el abuso de sustancias, incluidas las drogas y el alcohol. La adicción es una enfermedad médica, como la diabetes, con la que muchas personas lidian. Estas personas pueden beneficiarse del tratamiento, independientemente de cuán grave pueda parecer el problema. Si necesita tratamiento para una adicción, proporcionamos cobertura para servicios que pueden ayudarlo. Estos servicios incluyen entornos de tratamiento residenciales, basados en la comunidad, para pacientes internados y para pacientes externos. También se ofrecen opciones de tratamiento asistido con medicamentos, servicios de asesoramiento y opciones de terapia conductual si se trata de usar medicamentos con o sin receta. Otras opciones que son útiles incluyen servicios de pares (una persona que ha tenido problemas similares y se encuentra en recuperación), así como también servicios de administración de casos. Hable con su PCP o llame a su coordinador de atención para determinar la mejor opción para usted y cómo obtener ayuda para servicios de tratamiento de adicciones y recuperación. Para encontrar un proveedor de ARTS, puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web, llamar a su coordinador de atención o comunicarse con el Departamento de Servicios para miembros a uno de los números que figuran más abajo.

Para obtener más información sobre cómo obtener servicios de ARTS, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-652-8249. Su proveedor tendrá que enviar el Formulario de revisión de autorización de servicios de ARTS para los siguientes servicios que requieren autorización previa de Aetna Better Health:

- Servicios intensivos para pacientes externos
- Servicios de hospitalización parcial
- Servicios residenciales de baja intensidad administrados clínicamente
- Servicios residenciales de alta intensidad, específicos de la población y administrados clínicamente
- Servicios residenciales de alta intensidad administrados clínicamente
- Servicios intensivos para pacientes internados controlados médicamente
- Servicios intensivos para pacientes internados administrados médicamente

Cómo acceder a servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Aetna Better Health proporciona cobertura para servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que incluyen una variedad de servicios y apoyos que ayudan a las personas mayores y a las personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias y mantener una independencia máxima. Los LTSS pueden proporcionar asistencia que lo ayuda a vivir en su propio hogar o en otro entorno de su elección y mejora su calidad de vida. Algunos ejemplos de servicios incluyen servicios de asistencia personal (asistencia para bañarse, vestirse 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 LTSS se proporcionan durante un período prolongado, generalmente en hogares y entornos comunitarios (a través de una exención basada en el hogar y la comunidad), pero también en centros de atención de

enfermería. Si necesita ayuda con estos servicios, llame a su coordinador de atención, quien lo ayudará en el proceso de averiguar si usted cumple los requisitos de elegibilidad de Virginia para estos servicios. Además, consulte las Secciones: *Exención de Commonwealth Coordinated Care Plus, Servicios en centros de atención de enfermería* y *Cómo obtener servicios si tiene una exención para personas con discapacidades del desarrollo*, que se incluyen más adelante en esta Sección del manual.

Exención de Commonwealth Coordinated Care Plus

Algunos miembros pueden reunir los requisitos para servicios de exención de atención basada en el hogar y la comunidad a través de la exención de Commonwealth Coordinated Care Plus (antes conocida como exenciones para tecnología de asistencia y para personas de edad avanzada o con discapacidades dirigida por el consumidor).

La exención de Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) tiene como finalidad permitir a un miembro que reúne los requisitos para el nivel de atención de centro de atención de enfermería a permanecer en la comunidad con ayuda para satisfacer sus necesidades diarias. Si se determina que reúne los requisitos para los servicios de exención de CCC Plus, puede elegir cómo recibir los servicios de asistencia personal. Tiene la opción de recibir los servicios a través de una agencia (conocido como “servicio dirigido por una agencia”) o puede elegir ser el empleador de un ayudante de asistencia personal (conocido como “servicio autodirigido”). La información sobre la atención autodirigida se incluye detalladamente más adelante en esta sección del manual.

Los servicios de exención de CCC Plus pueden incluir lo siguiente:

- Servicios de atención de enfermería privada (dirigidos por una agencia).
- Cuidado personal (dirigido por una agencia o autodirigido).
- Atención de relevo (dirigida por una agencia o autodirigida).

- Atención médica diurna para adultos.
- Sistema de servicios personales de respuesta ante emergencias (con o sin control de medicamentos).
- Coordinación/servicios de transición para miembros que realizan la transición a la comunidad desde un centro de atención de enfermería o tras una hospitalización prolongada.
- Tecnología de asistencia.
- Modificaciones ambientales.

[Las personas inscritas en una exención para personas con discapacidades del desarrollo deben consultar la sección *Cómo obtener servicios si tiene una exención para personas con discapacidades del desarrollo*, que se explica más adelante en esta Sección.]

Cómo autodirigir su atención

La atención autodirigida hace referencia al cuidado personal y a los servicios de atención de relevo proporcionados conforme a la exención de CCC Plus. Estos son servicios en los que el miembro, su familia o su cuidador son responsables de contratar, capacitar, supervisar y despedir a su ayudante. Usted recibirá apoyo de administración financiera en su función como el empleador para ayudarlo a inscribir a sus proveedores, realizar verificaciones de antecedentes de los proveedores y pagar a sus proveedores.

Si ha recibido la aprobación para obtener servicios de exención de CCC Plus y desea más información sobre el modelo de atención autodirigida, comuníquese con su coordinador de atención, quien lo ayudará con estos servicios.

Su coordinador de atención también controlará su atención para asegurarse de que la atención proporcionada satisfaga sus necesidades diarias, siempre y cuando usted reciba servicios de exención de CCC Plus.

A fin de obtener autorizaciones de servicio para los servicios de exención de CCC Plus, llame a su administrador de atención clínica personal o a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-652-8249 (TTY: 711). Los siguientes servicios, entre otros, requieren una autorización de servicio: Servicios basados en el hogar y la comunidad, que incluyen cuidado personal dirigido por una agencia, cuidado personal dirigido por el consumidor, atención de relevo, atención médica diurna para adultos y sistema de servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS).

Servicios en centros de atención de enfermería

Si se determina que reúne los requisitos para la cobertura de la atención en centros de atención de enfermería y elige recibir sus servicios y apoyos a largo plazo en un centro de atención de enfermería, Aetna Better Health cubrirá su atención en los centros de atención de enfermería. Si tiene Medicare, Aetna Better Health proporcionará cobertura para atención en centros de atención de enfermería después de que usted haya usado todos sus días cubiertos por Medicare en el centro de atención de enfermería, generalmente denominada atención de enfermería especializada.

Si se encuentra en un centro de atención de enfermería, puede mudarse de este a su propio hogar y recibir servicios a domicilio y comunitarios si lo desea. Si le interesa mudarse del centro de atención de enfermería a la comunidad, hable con su coordinador de atención. Su coordinador de atención está disponible para trabajar con usted, su familia y el planificador de altas del centro de atención de enfermería si le interesa mudarse del centro de atención de enfermería a su hogar o un entorno comunitario.

Si elige no dejar el centro de atención de enfermería, puede permanecer en él durante el tiempo que se determine que reúne los requisitos de cobertura para atención en centros de atención de enfermería.

Para obtener autorizaciones de servicio relacionadas con los servicios en centros de atención de enfermería, llame a su administrador de atención clínica personal o a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-652-8249 (TTY: 711). El siguiente servicio requiere una autorización de servicio: admisiones en centros de atención de enfermería para obtener cuidado asistencial.

Evaluación para servicios y apoyos a largo plazo

Antes de que pueda recibir servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), un equipo de evaluación hospitalario o basado en la comunidad le realizará una evaluación de diagnóstico. Se utiliza una evaluación de diagnóstico para determinar si cumple los requisitos de nivel de atención para LTSS. Comuníquese con su coordinador de atención para obtener más información sobre el proceso de evaluación de diagnóstico a fin de recibir LTSS.

Libertad de elección

Si recibe aprobación para obtener servicios y apoyos a largo plazo, tiene derecho a recibir atención en el lugar que elija:

- Su hogar
- Otro lugar en la comunidad
- Un centro de atención de enfermería

Puede elegir los médicos y profesionales de salud para su atención de nuestra red. Si prefiere recibir servicios en su hogar conforme a la exención de CCC Plus, por ejemplo, puede elegir directamente contratar sus propios ayudantes de cuidado personal; esto se conoce como

cuidado autodirigido. Otra opción que tiene es elegir una agencia de cuidado personal de nuestra red. La agencia contratará, capacitará y supervisará a los trabajadores de cuidado personal en su nombre; esto se conoce como servicio dirigido por una agencia. También tiene la opción de recibir servicios en un centro de atención de enfermería de nuestra red de proveedores de centros de atención de enfermería.

Cómo obtener servicios si tiene una exención para personas con discapacidades del desarrollo

Si está inscrito en una de las exenciones para personas con discapacidades del desarrollo, se lo inscribirá en CCC Plus para obtener los *servicios que no son de exención.* Las exenciones para personas con discapacidades del desarrollo incluyen lo siguiente:

- La exención para desarrollar la independencia (BI).
- La exención para vivir en la comunidad (CL).
- La exención para apoyos para la familia y el individuo (FIS).

Aetna Better Health solo proporcionará cobertura para sus *servicios que no son de exención.* Los servicios que no son de exención incluyen todos los servicios mencionados en la Sección 10, *Beneficios cubiertos a través de Aetna Better Health. Excepción:* Si está inscrito en una de las exenciones para personas con discapacidades del desarrollo, tampoco será elegible para recibir servicios a través de la exención de CCC Plus.

Los servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo, los servicios de administración de casos dedicados a personas con discapacidades del desarrollo e intelectuales y el transporte desde y hacia los servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo se pagarán a través del pago por servicio de Medicaid como servicios “excluidos”. El servicio excluido también incluye cualquier servicio de exención para personas con discapacidades del desarrollo

que está cubierto a través de EPSDT para personas inscritas en la exención para personas con discapacidades del desarrollo menores de 21 años.

Si usted tiene una discapacidad del desarrollo y necesita servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo, la Junta de Servicios de la Comunidad (CSB) local deberá realizarle una evaluación de elegibilidad funcional y de diagnóstico. Todas las personas inscritas en una de las exenciones para personas con discapacidades del desarrollo siguen el mismo proceso para calificar para servicios de BI, CL y FIS y para acceder a estos. Los servicios están basados en necesidades evaluadas y se incluyen en su plan individualizado de servicio centrado en la persona.

Las exenciones para personas con discapacidades del desarrollo tienen una lista de espera. Las personas que están en la lista de espera de la exención para personas con discapacidades del desarrollo pueden reunir los requisitos para inscribirse en la exención de CCC Plus hasta que haya un lugar disponible para ellas en una exención BI, CL o FIS. La CSB mantiene la lista de espera de la exención para personas con discapacidades del desarrollo en su comunidad. Para obtener más información sobre las exenciones para personas con DD y los servicios que están cubiertos por cada exención para personas con DD, visite el sitio web del Departamento de Servicios de Salud Conductual y Desarrollo (DBHDS) en http://www.mylifemycommunityvirginia.org/ o llame al 1-844-603-9248. Su coordinador de atención trabajará en estrecha relación con usted y su administrador de casos de discapacidades del desarrollo o intelectuales para ayudarlo a obtener todos los servicios cubiertos. Comuníquese con su coordinador de atención si tiene preguntas o inquietudes.

Cómo obtener servicios de transporte que no sea de emergencia

Servicios de transporte que no sea de emergencia cubiertos por Aetna Better Health

Los servicios de transporte que no sea de emergencia están cubiertos por Aetna Better Health para servicios cubiertos, servicios excluidos y beneficios mejorados. Excepción: Si está inscrito en una exención para personas con discapacidades del desarrollo, Aetna Better Health proporciona cobertura para su transporte desde y hacia los servicios que no son de exención. (Consulte la sección *Transporte desde y hacia los servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo* más abajo).

El transporte puede ser proporcionado si no tiene otro medio de transporte y necesita ir a un médico o a un centro de atención médica para recibir un servicio cubierto. Para citas médicas urgentes o que no sean de emergencia, llame a la línea de reserva al 1-800-734-0430. Si tiene problemas para obtener transporte para sus citas, llame a ModivCare al 1-800-734-0430 o al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura a continuación. El Departamento de Servicios para miembros está aquí para ayudar.

En caso de una emergencia que pone en peligro la vida, llame al 911. Consulte la sección *Cómo obtener atención para emergencias* en el Capítulo 7 de este manual.

El transporte a citas médicas es un beneficio cubierto; debe llamar al menos 3 días hábiles antes de su consulta, de lo contrario, no podremos garantizarle el traslado. Deberemos autorizar previamente el servicio. Puede solicitar transporte médico para asistir a sus consultas dentales, médicas, de la vista y de salud conductual. No se cubre el transporte para retirar medicamentos con receta y resurtidos en una farmacia cuando

los medicamentos pueden ser entregados o enviados por correo. El transporte se cubre si su farmacia no tiene entrega o no envía por correo los medicamentos con receta o la receta no puede surtirse en el centro médico. Por lo general, la receta debe surtirse inicialmente en el viaje de regreso de la cita médica. El transporte puede brindarse en un vehículo público o privado. Este transporte debe utilizarse solo cuando su consulta es para atención que está cubierta y usted no tiene su propio transporte.

Información importante sobre el transporte

- Para viajes urgentes o consultas médicas en el mismo día, los miembros pueden llamar al 1-800-734-0430 (seleccione "Opción 1").
- Los tipos de tratamiento de soporte vital, que incluyen, entre otros, la diálisis y la quimioterapia, están cubiertos sin verificación de urgencia.
- Los tipos de tratamiento que no son vitales podrían ser verificados por su médico o centro antes de programar un viaje.

Transporte desde y hacia los servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo

Si está inscrito en una exención para personas con discapacidades del desarrollo, Aetna Better Health proporciona cobertura para su transporte desde y hacia los *servicios que no son de exención.* (Llame al número que aparece ***más arriba*** a fin de obtener transporte para los ***servicios que no son de exención***).

El transporte a los servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo está cubierto por el contratista de transporte del DMAS. Puede obtener más información sobre cómo acceder a los servicios de transporte a través del contratista de transporte del DMAS en el sitio web en http://transportation.dmas.virginia.gov/or, o bien, puede llamar al contratista de transporte. El transporte para citas de rutina funciona de lunes a viernes, de 06:00 a. m. a 08:00 p. m. El contratista de transporte

del DMAS está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana para programar reservas urgentes al 1-866-386-8331 o TTY 1-866-288-3133 o 711 para comunicarse con un operador de retransmisión.

Si tiene problemas para obtener transporte para los servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo, puede llamar a su administrador de casos de exención para personas con discapacidades del desarrollo o intelectuales o al contratista de transporte del DMAS al número que aparece más arriba. También puede llamar a su coordinador de atención. Su coordinador de atención trabajará en estrecha relación con usted y su administrador de casos de exención para personas con discapacidades del desarrollo o intelectuales a fin de ayudarlo a obtener los servicios que necesita. El Departamento de Servicios para miembros también está disponible para ayudar solo tiene que llamar al número que aparece más abajo.

11. Servicios cubiertos a través del programa de pago por servicio de Medicaid del DMAS

Servicios establecidos

El Departamento de Servicios de Asistencia Médica le proporcionará cobertura para los servicios mencionados más abajo. Estos servicios son conocidos como “servicios excluidos”. Su proveedor le cobra al programa de pago por servicio de Medicaid (o a un contratista del DMAS) por estos servicios.

Su coordinador de atención también puede ayudarlo a acceder a estos servicios si los necesita.

- Los servicios dentales se prestan por medio del administrador de beneficios dentales del DMAS. El DMAS tiene un contrato con su administrador de beneficios dentales para coordinar la prestación de todos los servicios dentales de Medicaid. El programa dental proporciona cobertura para las siguientes personas y los siguientes servicios:
    - Para niños menores de 21 años: procedimientos preventivos, de diagnóstico, de restauración/quirúrgicos, además de servicios de ortodoncia.
    - Para las mujeres embarazadas: radiografías y exámenes, limpiezas, empastes, tratamientos de conducto, tratamientos relacionados con las encías, coronas, dentaduras parciales y completas, extracciones de dientes y otras cirugías bucales, así como otros servicios generales apropiados. El tratamiento de ortodoncia no está incluido. La cobertura dental finaliza 60 días después del nacimiento del bebé.

- Para los adultos de 21 años o más: la cobertura incluirá limpiezas, radiografías, exámenes, empastes, dentaduras postizas, tratamientos de conducto, tratamientos relacionados con las encías, cirugía oral, etc.

Si tiene preguntas sobre su cobertura dental a través del administrador de beneficios dentales del DMAS, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de DentaQuest al 1-888-912-3456, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 06:00 p. m., hora estándar del este. El número para los usuarios de TTY/TDD es 1-800-466-7566. Puede encontrar información adicional en: https://www.dmas.virginia.gov/for-members/benefits-and-services/dental/

Aetna Better Health proporciona cobertura para el transporte que no sea de emergencia para cualquier servicio dental cubierto por medio del administrador de beneficios dentales del DMAS, tal y como se describió anteriormente. Comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros al número que figura más abajo si necesita asistencia.

Aetna Better Health ofrece cobertura para servicios orales, como hospitalizaciones, cirugías o servicios facturados por un médico y no por un dentista.

- Los servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo, incluida la administración de casos para servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo, están cubiertos a través del DBHDS. El servicio excluido incluye cualquier servicio de exención para personas con discapacidades del desarrollo que está cubierto a través de EPSDT para personas inscritas en la exención para personas con discapacidades del desarrollo y en transporte desde y hacia los servicios de la exención

para personas con discapacidades del desarrollo. También, consulte el apartado *Cómo obtener servicios si tiene una exención para personas con discapacidades del desarrollo* en la Sección 10 de este manual.

- Servicios de salud escolar, incluidos determinados servicios médicos, de salud mental, de audición o de terapia de rehabilitación que son coordinados por la escuela de su hijo. La ley requiere que las escuelas proporcionen a los alumnos con discapacidades una educación pública adecuada y gratuita, que incluya educación especial y servicios relacionados en función del *Programa de educación individualizado (IEP)* de cada alumno. Si bien las escuelas son financieramente responsables de los servicios educativos, en el caso de un alumno elegible para Medicaid, parte de los costos de los servicios identificados en el IEP del alumno pueden ser cubiertos por Medicaid. Cuando Medicaid los cubre, el DMAS paga los servicios de salud escolar. Comuníquese con el administrador de la escuela de su hijo si tiene preguntas sobre los servicios de salud escolar.
- La administración de casos de acogida terapéutica está gestionada por Magellan of Virginia. Para obtener más información, visite http://www.magellanofvirginia.com o llame por teléfono al: 1-800-424-4046 TDD: 1-800-424-4048 o TTY: 711. También puede llamar a su coordinador de atención para recibir asistencia.
- Servicios terapéuticos grupales a domicilio para niños y adolescentes menores de 21 años. Es un lugar donde los niños y adolescentes viven mientras reciben tratamiento. Los niños con este nivel de atención presentan graves problemas de salud mental. Estos servicios proporcionan supervisión y atención médica de salud conductual hacia los objetivos terapéuticos. Estos servicios también ayudan al miembro y a su familia a progresar para recibir el alta y regresar a su domicilio. Puede obtener más información sobre los servicios

terapéuticos grupales a domicilio en el sitio web de Magellan (http://www.magellanofvirginia.com) o por medio de una llamada telefónica al: 1-800-424-4046 TDD: 1-800-424-4048 o TTY: 711. También puede llamar a su coordinador de atención para recibir asistencia.

- En el caso de los miembros de veintiún (21) a sesenta y cuatro (64) años de edad, cuando el miembro ingrese en una institución de enfermedades mentales (IMD) privada e independiente o en una IMD estatal e independiente por una orden de detención temporal (TDO), el programa de la TDO estatal pagará el servicio.

Servicios que finalizarán su inscripción en CCC Plus

Si recibe cualquiera de los siguientes servicios, su inscripción en Aetna Better Health finalizará. Recibirá estos servicios a través del DMAS o de un contratista del DMAS.

- Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE). *Para obtener más información sobre el PACE, consulte a su coordinador de atención o visite* http://www.pace4you.org/.
- Reside en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (ICF/IID).
- Recibe atención en un centro para el tratamiento psiquiátrico residencial (niños menores de 21 años). Se puede obtener información adicional sobre los servicios de centros de tratamiento residencial psiquiátrico en el sitio web de Magellan (http://www.magellanofvirginia.com) o por medio de una llamada telefónica al: 1-800-424-4046 TDD: 1-800-424-4048 o TTY: 711. También puede llamar a su coordinador de atención para recibir asistencia.
- Reside en un centro de atención de enfermería para veteranos.
- Reside en uno de estos centros de atención a largo plazo del estado: Piedmont, Catawba, Hiram Davis o Hancock.

12. Servicios no cubiertos por CCC Plus

Los siguientes servicios no están cubiertos por Medicaid ni Aetna Better Health. Si recibe alguno de los siguientes servicios no cubiertos, será responsable del costo de esos servicios.

- Acupuntura.
- Gastos administrativos, como compleción de formularios y fotocopia de registros.
- Inseminación artificial, fertilización *in vitro* u otros servicios para la fertilidad.
- Determinados medicamentos de eficacia no comprobada.
- Determinados procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico experimentales.
- Servicios de quiropráctica.
- Tratamientos o cirugías estéticos.
- Cuidado diurno, incluidos servicios de compañía para las personas de edad avanzada (excepto en algunas exenciones de servicios basados en el hogar y la comunidad).
- Medicamentos recetados para tratar la pérdida de cabello o para blanquear la piel.
- Inmunizaciones si tiene más de 21 años (excepto para gripe y neumonía para aquellas personas en riesgo y según lo autorizado por Aetna Better Health).
- Atención médica que no sean servicios de emergencia, servicios de urgencia o servicios de planificación familiar y que se reciban de proveedores fuera de la red a menos que lo autorice Aetna Better Health.
- Servicios de cuidado personal (excepto a través de algunas exenciones de servicios basados en el hogar y la comunidad o conforme a EPSDT).

- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte D de Medicare, incluido el copago de Medicare.
- Atención de enfermería privada (excepto a través de algunas exenciones de servicios basados en el hogar y la comunidad o conforme a EPSDT).
- Programas clínicos para la pérdida de peso, a menos que estén autorizados.
- Atención fuera de los Estados Unidos.

Si recibe servicios no cubiertos

Cubrimos sus servicios cuando está inscrito en nuestro plan y cuando sucede lo siguiente:

- Los servicios son médicamente necesarios.
- Los servicios se incluyen en el apartado *Beneficios cubiertos por Aetna Better Health* en la Sección 10 de este manual.
- Obtiene los servicios conforme las normas del plan.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o a través del DMAS, debe pagar el costo total. Si no está seguro y desea saber si pagaremos algún tipo de servicio o atención médicos, tiene derecho a preguntarnos. También puede llamar al Departamento de Servicios para miembros o a su coordinador de atención para obtener más información sobre los servicios y cómo obtenerlos. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

La Sección 15 proporciona instrucciones sobre cómo apelar decisiones de cobertura de Aetna Better Health. Asimismo, puede llamar al Departamento de Servicios para miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación o para obtener asistencia para presentar una apelación.

13. Costo compartido del miembro

No hay copagos para los servicios del programa CCC Plus. Esto incluye servicios que están cubiertos a través de Aetna Better Health o servicios excluidos del contrato de CCC Plus. Los servicios proporcionados a través de Aetna Better Health o a través del DMAS no requieren que pague ningún costo que no sea el monto pagado por el paciente para servicios y apoyos a largo plazo. Consulte la Sección *Monto pagado por el paciente correspondiente al miembro* más abajo.

CCC Plus no permite que los proveedores le cobren por los servicios cubiertos. Aetna Better Health paga directamente a los proveedores y no permitimos que usted pague ningún cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio. **Si recibe una factura de un servicio cubierto, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros y ellos lo ayudarán.**

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o a través del DMAS, debe pagar el costo total. Si no está seguro y desea saber si pagaremos algún tipo de servicio o atención médicos, tiene derecho a preguntarnos. También, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o a su coordinador de atención a fin de obtener más información sobre los servicios y cómo obtenerlos. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte la Sección 12 de este manual para ver una lista de los servicios no cubiertos.

Monto pagado por el paciente para miembros por los servicios y apoyos a largo plazo

Es posible que tenga la responsabilidad de pagar el *monto pagado por el paciente* para el costo del cuidado un centro de atención de enfermería y los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad. Se debe calcular un monto pagado por el paciente para todos los miembros que reciben servicios en un centro de atención de enfermería o de exención basados en el hogar y la comunidad. Cuando sus ingresos exceden un determinado monto, debe contribuir al pago de sus servicios y apoyos a largo plazo. Si tiene un monto pagado por el paciente, recibirá un aviso del Departamento de Servicios Sociales (DSS) local sobre su responsabilidad de pago de paciente. El DMAS también comparte su monto pagado por el paciente con Aetna Better Health si usted debe pagar el costo de sus servicios y apoyos a largo plazo. Si tiene preguntas sobre el monto pagado por el paciente, comuníquese con su trabajador encargado de determinar la elegibilidad para Medicaid en el Departamento de Servicios Sociales.

Miembros y medicamentos de la Parte D de Medicare

Si tiene Medicare, obtiene sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, no del programa CCC Plus de Medicaid. CCC Plus no paga los copagos de los medicamentos que cubre la Parte D de Medicare.

14. Autorización de servicio y determinación de beneficios

Autorización de servicio

Algunos tratamientos, servicios y medicamentos requieren que usted obtenga aprobación antes de recibirlos o para seguir recibiéndolos. Esto se denomina autorización de servicio. Usted, su médico o una persona en la que confíe pueden solicitar una autorización de servicio.

Si los servicios que usted necesita están cubiertos a través de Medicare, entonces no se requiere una autorización de servicio de Aetna Better Health. Si tiene preguntas sobre qué servicios están cubiertos por Medicare, comuníquese con su plan de salud de Medicare. También puede comunicarse con su coordinador de atención de Aetna Better Health.

Una autorización de servicio ayuda a determinar si ciertos servicios o procedimientos son médicamente necesarios y están cubiertos por el plan. 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.
- Las pautas de Medicaid.
- Sus beneficios de salud.

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.
- Decir que usted no tiene cobertura.

Las autorizaciones de servicio no son necesarias para servicios de intervención temprana, atención de emergencia, servicios de planificación familiar (incluidos anticonceptivos reversibles de acción prolongada), servicios preventivos y atención prenatal básica.

Los siguientes tratamientos y servicios se deben autorizar antes de que los reciba:

- Equipo médico duradero (DME)
- Pruebas genéticas
- Servicios basados en el hogar, incluido el cuidado personal
- Imágenes (tomografías)
- Inyectables
- Servicios para pacientes internados
- Pruebas neuropsicológicas
- Dispositivos protésicos/ortésicos
- Cirugía para pacientes externos
- Pruebas psicológicas
- Servicios de proveedores fuera de la red
- Estudios del sueño
- Terapias
- Radiología nuclear
- Consultas por trasplantes, evaluaciones y procedimientos de pruebas/trasplantes

Para obtener más información sobre cómo solicitar la aprobación para estos tratamientos o servicios, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece más abajo o llamar a su coordinador de atención.

Autorizaciones de servicio y continuidad de la atención

Si es un miembro nuevo de Aetna Better Health, le otorgaremos cualquier aprobación de autorización de servicio realizada por el DMAS o emitida por otro plan CCC Plus durante el período de continuidad de la atención o hasta que la autorización finalice si sucede antes. El período de continuidad de la atención para los miembros de Aetna Better Health es de 30 días. Consulte el apartado *Período de continuidad de la atención* en la Sección 3 de este manual.

Cómo presentar una solicitud de autorización de servicio

Algunos servicios pueden requerir aprobación de Aetna Better Health como “médicamente necesarios” antes de que su proveedor los coordine. Este proceso se denomina “autorización previa”. Su proveedor o coordinador de atención trabajará con el equipo de administración de uso de Aetna Better Health para solicitar y garantizar una autorización previa para cualquiera de estos servicios. Su proveedor debe llamarnos para solicitar la aprobación, al menos, 3 días antes de la fecha de la atención programada. También es posible que solicitemos ver notas escritas que demuestren que su atención era médicamente necesaria antes de que se otorgue la autorización previa.

Proceso para obtener una autorización previa:

1. Su proveedor de atención médica debe comunicarse con Aetna Better Health para brindar información que pueda respaldar los servicios cubiertos y la necesidad médica de estos servicios.
2. Un médico clínico con licencia de Aetna Better Health revisará los servicios solicitados. Decidiremos si su solicitud puede aprobarse según las pautas clínicas de Aetna Better Health. Si su clínico no lo puede aprobar, un médico de Aetna Better Health lo revisará. Nuestro médico puede intentar comunicarse con su proveedor solicitante para analizar la solicitud.

3. Si se aprueba su autorización, le notificaremos a su proveedor al respecto.
4. Si decidimos aplicar una denegación, reducción, suspensión o finalización de sus servicios, le enviaremos una carta de "Aviso de determinación adversa de beneficios". También se notificará a su proveedor de atención médica sobre la decisión.
5. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una apelación y solicitarnos que revisemos su caso nuevamente.
6. En cualquier momento, usted y su proveedor pueden solicitar una copia de los criterios clínicos que se utilizaron para denegar los servicios médicos.

Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicio

Aetna Better Health tiene un equipo de revisión que trabaja para garantizar que usted reciba los servicios médicamente necesarios. El equipo de revisión cuenta con médicos, enfermeros y clínicos autorizados. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o el servicio que usted solicitó sean médicamente necesarios y adecuados para usted. Se encargan de controlar su plan de tratamiento en comparación con estándares médicamente aceptables. Los estándares que usamos para determinar qué es médicamente necesario no pueden ser más restrictivos que los que usa el DMAS.

Toda decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por un monto que sea inferior al solicitado se llama determinación (decisión) adversa de beneficios. Estas decisiones serán tomadas por un profesional de salud calificado. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión será tomada por un profesional de salud o de salud conductual, quien puede ser un médico u otro profesional de salud que generalmente proporciona la atención que usted solicitó. Usted puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados criterios de revisión clínicos, usados para tomar la decisión para acciones relacionadas a la necesidad médica.

Plazos para la revisión de la autorización de servicio

Aetna Better Health sigue las normas y los plazos para la autorización de servicios del Comité Nacional de Control de Calidad. Aetna Better Health determina la rapidez con la que se necesita la autorización según la urgencia y el tipo de servicio solicitado. En el caso de las decisiones de autorización estándar, proporcionaremos un aviso por escrito tan pronto como sea necesario, y en un plazo de catorce (14) días calendario. En el caso de las decisiones urgentes, enviaremos un aviso por escrito en un plazo de tres (3) días calendario.

Las solicitudes urgentes incluyen solicitudes de servicios médicos o atención médica de salud conductual cuando esperar 14 días podría perjudicar gravemente su salud o su capacidad de desempeño en el futuro. La atención o los servicios para facilitar la transición del paciente internado desde el hospital o el entorno institucional al hogar también son solicitudes urgentes. Usted o su médico pueden presentar una solicitud urgente si consideran que una demora puede poner su salud en grave peligro. Para las decisiones estándar o urgentes, si Aetna Better Health, usted o su proveedor solicitan una extensión o si se necesita más información, se otorga una extensión de hasta catorce (14) días calendario adicionales.

En el caso de los servicios de farmacia, debemos proporcionar las decisiones por teléfono o por otro dispositivo de telecomunicación dentro de las 24 horas.

Puede ocurrir que su medicamento requiera una autorización de servicio y el médico que le extiende la receta no pueda proporcionarnos información de autorización rápidamente, por ejemplo, durante el fin de semana o un feriado. Si su farmacéutico considera que su salud se vería afectada sin el beneficio del medicamento, podemos autorizar un suministro de emergencia para 72 horas del medicamento con receta. Este proceso le proporciona un suministro a corto plazo de los

medicamentos que necesita y le da tiempo a su médico para presentar una solicitud de autorización por el medicamento con receta.

Si necesitamos más información para tomar una decisión sobre su solicitud de servicio, haremos lo siguiente:

- Les escribiremos para pedirles a usted y a su proveedor la información que necesitamos. Si su solicitud es una solicitud urgente, los llamaremos a usted o a su proveedor de inmediato y les enviaremos un aviso por escrito más adelante.
- Le diremos por qué la demora es lo más conveniente para usted.
- Tomaremos una decisión en un plazo no superior a los 14 días desde la fecha en que solicitamos más información.

Usted, su proveedor o una persona en la que confía también pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que usted tiene más información para darle a Aetna Better Health para ayudar a decidir sobre su caso. Puede hacerlo al llamar a Aetna Better Health al 1-855-652-8249 (TTY: 711) o por correo a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Virginia
Attn: Appeals and Grievance Department
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Usted o una persona en la que confía pueden presentar una queja a Aetna Better Health si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su solicitud. Usted o una persona en la que confía también pueden presentar una queja ante el estado sobre la manera en que Aetna Better Health manejó su solicitud de autorización de servicio a través de la Línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608. Consulte además el apartado *Su derecho a presentar una queja* en la Sección 15 de este manual.

Determinación de beneficios

Le notificaremos sobre nuestra decisión antes de la fecha de vencimiento de nuestro plazo de revisión. No obstante, si por alguna razón no tiene novedades nuestras a esa fecha, significa que denegamos su solicitud de autorización de servicio. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho de presentarnos una apelación. Consulte además el apartado *Su derecho a apelar* en la Sección 15 de este manual.

Les informaremos a usted y a su proveedor por escrito si la solicitud fue denegada. Una denegación también sucede cuando la solicitud es aprobada por un monto inferior al solicitado. También le informaremos sobre el motivo de la decisión y el nombre de contacto, la dirección y el número de teléfono de la persona responsable de tomar la determinación adversa. Le explicaremos qué opciones para apelar tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión. Consulte además el apartado *Su derecho a apelar* en la Sección 15 de este manual. **Aviso anticipado**

En la mayoría de los casos, si tomamos una determinación de beneficios para reducir, suspender o finalizar un servicio que ya aprobamos y que usted recibe actualmente, debemos informarle al menos 10 días antes de que realicemos cambios en el servicio. Consulte además el apartado *Continuación de los beneficios* en la Sección 15 de este manual.

Revisión posterior al pago

Si estamos revisando atención o servicios que usted recibió en el pasado, estamos realizando una revisión posterior al pago del proveedor. Si denegamos el pago a un proveedor por un servicio, les enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día de la denegación del pago. No tendrá que pagar la atención que recibió que estaba cubierta por Aetna Better Health incluso si más adelante denegamos el pago al proveedor.

15. Apelaciones, audiencias imparciales del estado y quejas

Su derecho a apelar

Usted tiene derecho a apelar cualquier determinación (decisión) adversa de beneficios tomada por Aetna Better Health con la que no esté de acuerdo y que se relacione con la cobertura o el pago de servicios.

Por ejemplo, puede apelar si Aetna Better Health deniega lo siguiente:

- Una solicitud de un servicio de atención médica, suministro, producto o medicamento que considera que debería poder obtener.
- Una solicitud de pago de un servicio de atención médica, suministro, producto o medicamento que Aetna Better Health denegó.

También puede apelar si Aetna Better Health deja de proporcionar o pagar la totalidad o parte de servicios o medicamentos que recibe a través de CCC Plus y que considera que aún necesita.

Representante autorizado

Puede autorizar a una persona en la que confía para que apele en su nombre. Esta persona se denomina su "representante autorizado". Debe informarle a Aetna Better Health el nombre de su representante autorizado. Puede hacerlo llamando a nuestro Departamento de Servicios para miembros a uno de los números de teléfono que aparecen más abajo. Le proporcionaremos un formulario que puede completar y firmar en el que determine quién será su representante.

Determinación adversa de beneficios

Algunos tratamientos y servicios requieren que usted obtenga aprobación antes de recibirlos o para seguir recibiéndolos. Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización de servicio. Este proceso se detalla en secciones anteriores

de este manual. Toda decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por un monto que sea inferior al solicitado se llama determinación adversa de beneficios. Consulte el apartado *Autorización de servicio y determinaciones de beneficios* en la Sección 14 de este manual.

Cómo presentar su apelación

Si no está satisfecho con una decisión que hayamos tomado sobre su solicitud de autorización de servicio, tiene 60 días calendario después de que conozca nuestra decisión para presentar una apelación. Puede hacer esto por su cuenta o pedirle a una persona en la que confía que presente la apelación por usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para miembros a uno de los números que aparecen más abajo si necesita ayuda para presentar una apelación o si necesita asistencia en otro idioma o necesita un formato alternativo. No lo trataremos de manera injusta por presentar una apelación.

Puede presentar la apelación por teléfono o por escrito. Puede enviar la apelación como una solicitud de apelación estándar o apelación acelerada (rápida).

Usted o su médico pueden solicitar que se revise la apelación conforme al proceso acelerado si considera que su estado de salud o su necesidad de recibir el servicio requieren una revisión acelerada. Su médico tendrá que explicar cómo una demora puede poner en peligro su salud física o conductual. Si se deniega su solicitud de una apelación acelerada, se lo informaremos y su apelación será revisada conforme al proceso estándar.

Envíe la solicitud de apelación a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Virginia
Attn: Appeals and Grievance Department
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181
Número de fax: 1-866-669-2459
Número de teléfono: 1-855-652-8249

Si presenta la apelación estándar por teléfono, debe también enviarla por escrito. Las apelaciones de proceso acelerado presentadas por teléfono no requieren que envíe una solicitud por escrito.

Continuación de los beneficios

En algunos casos, puede seguir recibiendo los servicios que denegamos mientras espera que se tome una decisión sobre su apelación. Puede seguir recibiendo los servicios que están programados para que finalicen o se reduzcan si solicita una apelación en estos plazos:

- Dentro de los diez días desde el aviso de la denegación de la solicitud o del cambio de la atención.
- O bien a la fecha del cambio programado en los servicios.

Si su apelación se vuelve a denegar, quizás deba pagar el costo de cualquier beneficio que se haya continuado si los servicios fueron proporcionados únicamente debido a los requisitos descritos en esta Sección.

Qué sucede después de que recibimos su apelación

Dentro de 3 días, le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido la apelación y que estamos trabajando en ella.

Las apelaciones de asuntos clínicos serán tratadas por profesionales de salud calificados que no tomaron la primera decisión y que tienen la experiencia clínica adecuada en el tratamiento de su afección o enfermedad.

Antes y durante la apelación, usted o su representante autorizado pueden consultar el archivo de su caso, que incluye los registros médicos y cualquier otro documento y registro que se use para tomar una decisión sobre su caso. Esta información está disponible sin costo para usted.

También puede proporcionar información que desee que se use para tomar la decisión sobre la apelación en persona o por escrito.

Aetna Better Health of Virginia
Attn: Appeals and Grievance Department
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181
Número de fax: 1-866-669-2459

También, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-652-8249 (TTY: 711) si no está seguro de qué información puede darnos.

Plazos para las apelaciones

Apelaciones estándares

Si tenemos toda la información que necesitamos, le informaremos sobre nuestra decisión dentro de los 30 días de recibida su solicitud de apelación. Le informaremos 2 días calendario después de recibir su apelación si necesitamos más información. Se enviará un aviso por escrito de nuestra decisión en el plazo de [el plan presenta el plazo] días calendario a partir del momento en que tomemos la decisión.

Apelaciones aceleradas

Si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones de apelaciones aceleradas se tomarán dentro de las 72 horas de recibida su apelación. Le informaremos 2 días calendario después de recibir su apelación si necesitamos más información. Le informaremos sobre nuestra decisión por teléfono y enviaremos un aviso escrito dentro de los 2 días calendario de tomada la decisión.

Si necesitamos más información

Si no podemos tomar la decisión dentro de los plazos requeridos porque necesitamos más información, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos para pedirle la información que necesitamos. Si su solicitud es sobre una revisión acelerada, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso escrito más tarde.
- Le diremos por qué la demora es lo más conveniente para usted.
- Tomaremos una decisión dentro de los 14 *días adicionales* a partir de los plazos descritos anteriormente.

Usted, su proveedor o una persona en la que confía también pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que usted tiene más información para darle a Aetna Better Health para ayudar a decidir sobre su caso. Puede hacer esto llamando o escribiendo a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Virginia
Attn: Appeals and Grievance Department
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181
Número de fax: 1-866-669-2459
Número de teléfono: 1-855-652-8249

Usted o una persona en la que confía pueden presentar una queja a Aetna Better Health si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación. Usted o una persona en la que confía también pueden presentar una queja ante el estado sobre la manera en que Aetna Better Health manejó su apelación a través de la Línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608.

Si no le informamos sobre nuestra decisión sobre su apelación a tiempo, tiene derecho a apelar al estado a través del proceso de audiencia imparcial del estado. Una respuesta fuera de plazo se considera una razón válida para que usted presente otra apelación a través del proceso de audiencia imparcial del estado.

Aviso escrito de decisión sobre la apelación

Les informaremos a usted y a su proveedor por escrito si la solicitud fue denegada o aprobada por un monto inferior al solicitado. También le informaremos sobre el motivo de la decisión y el nombre de contacto, la dirección y el número de teléfono de la persona responsable de tomar la determinación adversa. Le explicaremos su derecho a apelar a través del proceso de audiencia imparcial del estado si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Su derecho a una audiencia imparcial del estado

Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su solicitud de apelación, puede apelar directamente al DMAS. Este proceso se conoce como audiencia imparcial del estado. También puede presentar una solicitud de una audiencia imparcial del estado si denegamos el pago de servicios cubiertos o si no respondemos a una solicitud de apelación de servicios dentro de los plazos descritos en este manual. El estado requiere que primero agote (complete) el proceso de apelaciones de Aetna Better Health antes de presentar una solicitud de apelación a través del proceso de audiencia imparcial del estado. Si no respondemos a su solicitud de apelación de manera oportuna, el DMAS lo considerará como un *proceso de apelación agotado*.

Se pueden solicitar audiencias imparciales del estado por una decisión adversa sobre los beneficios relacionados con los servicios cubiertos por Medicaid. Usted no puede apelar al DMAS por una decisión adversa relacionada con los beneficios adicionales que proporcionamos y que no están cubiertos por Medicaid (consulte la Sección 10 para ver una lista de los beneficios adicionales).

Solicitudes de revisión estándar o acelerada

Para solicitudes estándares, se considerarán las apelaciones y el DMAS le dará una respuesta generalmente dentro de los 90 días desde la fecha en que presentó la apelación. Si desea que su audiencia imparcial del estado sea tratada rápidamente, debe escribir "SOLICITUD ACELERADA" en su solicitud de apelación. También puede pedirle a su médico que envíe una carta al DMAS que explique por qué usted necesita una apelación acelerada. El DMAS le informará si usted reúne los requisitos para una apelación acelerada dentro de las 72 horas de recibida la carta de su médico.

Representante autorizado

Puede otorgarle a alguien como su PCP, proveedor, amigo o familiar un permiso por escrito para que lo ayuden con su solicitud de audiencia imparcial del estado. Esta persona se denomina su "representante autorizado".

A dónde enviar la solicitud de audiencia imparcial del estado

Hay varias formas de solicitar una apelación al DMAS. Su plazo para solicitar una apelación ante el DMAS es de 120 días calendario a partir de la fecha en que emitamos nuestra decisión final de apelación interna de la MCO.

1. **De manera electrónica.** Hágalo en línea en www.dmas.virginia.gov/#/appealsresources o por correo electrónico a appeals@dmas.virginia.gov.

3. **Por fax.** Envíe su solicitud de apelación por fax al DMAS al (804) 452-5454.
4. **Por correo o en persona.** Envíe o lleve su solicitud de apelación a Appeals Division, Department of Medical Assistance Services, 600 E. Broad Street, Richmond, VA 23219.
5. **Por teléfono.** Llame al DMAS al (804) 371-8488 (TTY: 1-800-828-1120).

Para ayudarle, hay un formulario de solicitud de apelación disponible en el DMAS en **www.dmas.virginia.gov/#/appealsresources**. También puede escribir su propia carta. Incluya una copia completa de nuestra carta de denegación definitiva cuando presente su apelación ante el DMAS. Incluya también cualquier documento que desee que el DMAS revise durante su apelación. Toda la información presentada durante la solicitud inicial **y** durante el proceso de apelación del DMAS será considerada para determinar si la persona cumple con los criterios para la aprobación de la elegibilidad/los servicios solicitados.

Después de presentar su apelación de audiencia imparcial del estado

El DMAS le notificará la fecha, la hora y la ubicación de la audiencia programada. La mayoría de las audiencias puede realizarse por teléfono.

Plazos de la audiencia imparcial del estado

Apelación acelerada

Si reúne los requisitos para una apelación acelerada, el DMAS le dará una respuesta a su apelación dentro de las 72 horas después de haber recibido la carta de su médico. Si el DMAS decide de inmediato que usted gana la apelación, le enviará su decisión dentro de las 72 horas de recibida la carta de su médico. Si el DMAS no toma una decisión de inmediato, usted tendrá la oportunidad de participar en una audiencia para presentar su posición. Las audiencias para las decisiones aceleradas generalmente se realizan dentro de uno o dos días después de que el DMAS recibe la carta de su médico. El DMAS debe darle una respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la carta de su médico.

Apelación estándar

Si su solicitud no es una apelación acelerada o si el DMAS decide que usted no reúne los requisitos para una apelación acelerada, el DMAS generalmente le dará una respuesta dentro de los 90 días desde la fecha en que presentó la apelación. Tendrá la oportunidad de participar en una audiencia para presentar su posición antes de que se tome una decisión.

Continuación de los beneficios

En algunos casos, usted podrá seguir recibiendo los servicios que le denegamos mientras espera que se tome una decisión sobre su apelación de audiencia imparcial del estado. Puede seguir recibiendo los servicios que están programados para que finalicen o se reduzcan si solicita una apelación en estos plazos:

- Dentro de los diez días de haber tomado conocimiento sobre la denegación de su solicitud o del cambio de la atención.
- O bien a la fecha del cambio programado en los servicios.

Sus servicios continuarán hasta que retire la apelación, finalice el período original de la autorización para el servicio o el funcionario a cargo de la audiencia imparcial del estado tome una decisión que no sea a su favor. **Sin embargo, es posible que deba reintegrarle a Aetna Better Health los servicios que reciba durante el período de continuación de la cobertura si se mantiene la determinación adversa de beneficios de Aetna Better Health y los servicios se proporcionaron únicamente debido a los requisitos que se describen en esta Sección.**

Si la audiencia imparcial del estado revierte la denegación

Si no se continuaron los servicios mientras la audiencia imparcial del estado estaba pendiente

Si, en la audiencia imparcial del estado, se toma la decisión de revertir la denegación, Aetna Better Health debe autorizar o proporcionar los servicios que se apelan tan rápidamente como su afección lo requiera y antes de las 72 horas desde la fecha en que Aetna Better Health reciba el aviso sobre la reversión de la denegación por parte del estado.

Si se proporcionaron los servicios mientras la audiencia imparcial del estado estaba pendiente

Si, en la audiencia imparcial del estado, se toma la decisión de revertir la denegación y los servicios se proporcionaron mientras la apelación estaba pendiente, Aetna Better Health debe pagar por estos servicios, de acuerdo con la política y las regulaciones del estado.

Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia imparcial del estado

La decisión de la audiencia imparcial del estado es la decisión administrativa final que toma el Departamento de Servicios de Asistencia Médica. Si no está de acuerdo con la decisión del funcionario a cargo de la audiencia, puede apelarla en el tribunal de circuito de su localidad.

Su derecho a presentar una queja

Aetna Better Health hará todo lo posible por responder a sus inquietudes lo más rápido posible y de la manera más adecuada. Según el tipo de inquietud que tenga, se la considerará como una queja o como una apelación.

Plazo para las quejas

Puede presentar una queja ante nosotros en cualquier momento.

¿Sobre qué tipos de problemas deben ser las quejas?

El proceso de quejas es para inquietudes relacionadas con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas de Aetna Better Health.

<u>Quejas sobre la calidad</u>

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

Quejas sobre la privacidad

- Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial o privada.

Quejas sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención médica o el personal fue descortés o le faltó el respeto.
- El personal de Aetna Better Health lo trató mal.
- Aetna Better Health no responde a sus preguntas.
- No está satisfecho con la ayuda que recibe de su coordinador de atención.

Quejas sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de atención médica ni a las instalaciones en el consultorio de un médico o proveedor.
- No se le proporcionaron las adaptaciones razonables solicitadas que necesita para participar de manera significativa en su atención.

Quejas sobre el acceso a la comunicación

- Su médico o proveedor no le proporcionan un intérprete calificado para personas sordas o con problemas auditivos o un intérprete de otro idioma durante su cita.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla.
- Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud o al Departamento de Servicios para miembros u otro personal de Aetna Better Health.

Quejas sobre la limpieza

- Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Quejas sobre nuestras comunicaciones

- Considera que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Considera que la información por escrito que le enviamos es muy difícil de comprender.
- Solicitó ayuda para comprender la información y no la recibió.

Existen diferentes tipos de quejas

Puede presentar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante Aetna Better Health, que es quien lo revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada a Aetna Better Health y es esta organización la que lo revisa.

Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que se indica más abajo. También puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito. Puede presentar una queja por escrito, por correo o por fax a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Virginia
Attn: Appeals and Grievance Department
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181
Número de fax: 1-866-669-2459

Para que podamos ayudarlo de la mejor manera, incluya detalles sobre quién o sobre qué trata la queja y cualquier información relativa a su queja. Aetna Better Health revisará su queja y solicitará cualquier información adicional que necesite. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece más abajo si necesita ayuda para presentar una queja o si necesita asistencia en otro idioma o formato.

Le notificaremos el resultado de su queja dentro de un plazo razonable, que no superará los 90 días calendario después de la recepción de su queja.

Si su queja está relacionada con su solicitud de una apelación acelerada, responderemos dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la queja.

Quejas externas

Puede presentar una queja a través de la Línea de ayuda de CCC Plus

Puede presentar una queja sobre Aetna Better Health mediante la Línea de ayuda de CCC Plus. Comuníquese con la Línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608.

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales si cree que no se lo ha tratado de forma justa. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre la accesibilidad para personas discapacitadas o la ayuda con el idioma. También puede visitar el sitio web http://www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

Puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local en la siguiente dirección:

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
1-800-368-1019
Fax: 215-861-4431
TDD: 1-800-537-7697

Puede presentar una queja ante la Oficina del defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado

El defensor del pueblo de atención a largo plazo se desempeña como defensor de las personas mayores que reciben servicios de atención a largo plazo. El defensor del pueblo local les proporciona información, defensa, asesoramiento sobre quejas y asistencia a los habitantes mayores de Virginia y a sus familias, a fin de resolver los problemas de atención.

El programa del defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado ofrece asistencia para las personas que reciben servicios de atención a largo plazo, tanto si la atención es proporcionada en un centro de atención de enfermería o en un centro de vida asistida, o a través de los servicios comunitarios para ayudar a las personas que siguen viviendo en sus hogares. El defensor del pueblo de atención a largo plazo no trabaja para el centro, para el estado ni para Aetna Better Health. Esto lo ayuda a ser imparcial y objetivo en la resolución de los problemas y las inquietudes.

El programa también representa los intereses de los consumidores de atención a largo plazo ante las agencias gubernamentales estatales y federales y ante la Asamblea General.

El defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado puede ayudarlo si tiene un problema con Aetna Better Health o con un centro de atención de enfermería. El defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los servicios son gratuitos.

Oficina del defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado

1-800-552-5019 Esta llamada es gratuita.
1-800-464-9950

Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Para llamar a este número necesita un equipo telefónico especial.

Virginia Office of the State Long-Term Care Ombudsman
Virginia Department for Aging and Rehabilitative Services
8004 Franklin Farms Drive
Henrico, Virginia 23229
804-662-9140
http://www.ElderRightsVA.org

16. Derechos de los miembros

Sus derechos

La política de Aetna Better Health es tratarlo con respeto. También nos ocupamos de mantener un alto grado de confidencialidad respetando su dignidad y privacidad. Como miembro de CCC Plus, usted tiene determinados derechos. Tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir acceso oportuno a atención y servicios.
- Participar en la toma de decisiones sobre su atención médica, incluido su derecho a elegir los proveedores de entre los proveedores de la red de Aetna Better Health y su derecho a negarse a recibir tratamiento.
- Elegir recibir servicios y apoyos a largo plazo en su hogar o comunidad o en un centro de atención de enfermería.
- Tener confidencialidad y privacidad respecto a sus registros médicos y cuando recibe tratamiento.
- Recibir información y analizar las opciones de tratamiento y las alternativas disponibles presentadas de una manera o en un idioma que entienda.
- Obtener información en un idioma que entienda: puede obtener servicios de interpretación sin cargo.
- Recibir adaptaciones razonables para garantizar que pueda acceder y comunicarse de forma eficaz con los proveedores, incluidos asistentes auxiliares, intérpretes, programación flexible y edificios y servicios que sean físicamente accesibles.
- Recibir la información necesaria para que brinde su consentimiento informado antes del comienzo del tratamiento.
- Ser tratado con respeto y dignidad.

- Obtener una copia de sus registros médicos y solicitar que se modifiquen o se corrijan.
- Puede participar en las decisiones relativas a su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- No ser sometido a restricciones ni aislamiento, a menos que sea indicado por un médico cuando haya un riesgo inminente de que se dañe el cuerpo o que dañe a terceros, o cuando haya una necesidad médica específica. El aislamiento y la restricción nunca serán utilizados como una forma de coerción, disciplina, represalia o conveniencia.
- Recibir atención de forma culturalmente competente, sin tener en cuenta la discapacidad, el sexo, la raza, el estado de salud, el color, la edad, la nacionalidad, la orientación sexual, el estado civil o la religión.
- Recibir información sobre dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de Aetna Better Health, incluido cómo puede recibir beneficios de proveedores fuera de la red si los servicios no están disponibles en la red de Aetna Better Health.
- Presentar un reclamo sobre Aetna Better Health ante el estado. Puede llamar a la Línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608 para presentar una queja sobre nosotros.
- Designar a alguien para que hable por usted respecto a su atención y tratamiento y para que lo represente en una apelación.
- Dar instrucciones anticipadas y elaborar planes sobre su atención en el caso de que no pueda tomar sus propias decisiones de atención médica. Para obtener información sobre las instrucciones anticipadas, consulte la Sección 17 de este manual.

- Cambiar su plan de salud CCC Plus una vez al año por cualquier motivo durante el período de inscripción abierta o cambiar su organización de atención administrada (MCO) después del período de inscripción abierta por un motivo aprobado. Para obtener más información, consulte la Sección 2 de este manual o llame a la Línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608, o visite el sitio web cccplusva.com.
- Apelar cualquier determinación (decisión) adversa de beneficios de Aetna Better Health con la que no esté de acuerdo y que se relacione con la cobertura, el pago de los servicios o la necesidad médica. Consulte el apartado *Su derecho a apelar* en la Sección 15 del manual.
- Presentar una queja sobre cualquier inquietud que tenga sobre nuestro servicio al cliente, los servicios que recibió o la atención y el tratamiento que recibió de uno de nuestros proveedores de la red. Consulte el apartado *Su derecho a presentar una queja* en la Sección 15 de este manual.
- Recibir información de nuestra parte sobre nuestro plan, sus servicios cubiertos, los proveedores de nuestra red y sobre sus derechos y responsabilidades.
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros; por ejemplo, uniéndose a nuestro Comité de Asesoramiento de Miembros (como se describe más adelante en esta sección del manual).
- Ejercer sus derechos y saber que no habrá represalias en su contra por parte de Aetna Better Health, cualquiera de nuestros médicos/proveedores o las agencias estatales.
- 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 respete su origen cultural o étnico.
- Recibir servicios gratuitos de interpretación si habla otro idioma o tiene problemas auditivos.
- Recibir información sobre sus instrucciones anticipadas y formular o anular las instrucciones anticipadas.
- Obtener atención de emergencia sin aprobación previa de Aetna Better Health o su PCP, independientemente de si el centro de atención de emergencia está en la red de Aetna Better Health.

Su derecho a estar seguro

Todos tienen derecho a vivir una vida segura en el hogar o el entorno de su elección. Todos los años, muchos adultos mayores y adultos más jóvenes que tienen discapacidades son víctimas de malos tratos por parte de familiares, cuidadores y otras personas responsables de su bienestar. Si usted o alguien que usted conoce es víctima de abusos físicos, negligencia o está siendo estafado económicamente por un familiar u otra persona, usted debe llamar a su departamento local de servicios sociales o al Departamento de Servicios Sociales de Virginia a la línea directa gratuita, disponible las 24 horas al: 1-888 832-3858. Puede hacer esta llamada anónimamente; no tiene que proporcionar su nombre. La llamada es gratuita.

También pueden proporcionarle un trabajador social capacitado que puede asistirlo y ayudarlo a obtener los tipos de servicios que necesita para garantizar su seguridad.

Su derecho a la confidencialidad

Aetna Better Health solo divulgará información si está específicamente permitido por la ley estatal y federal o si así lo requieren los programas que revisan los registros médicos para controlar la calidad de la atención o combatir el fraude y el abuso.

El personal de Aetna Better Health hará preguntas para confirmar su identidad antes de analizar o proporcionar información sobre su información de salud.

Comprendemos la importancia de mantener la seguridad y privacidad de su información personal de salud. Tanto Aetna Better Health como sus médicos garantizan que se mantenga la seguridad y privacidad de todos sus registros médicos. Limitamos el acceso a su información personal a quienes la necesitan. Contamos con medidas de seguridad para protegerla. Por ejemplo, protegemos el acceso a nuestros edificios y sistemas informáticos. Nuestra Oficina de privacidad también garantiza la capacitación de nuestro personal respecto de nuestras políticas de privacidad y seguridad. Si fuera necesario, podemos usar o compartir su información personal con fines de "tratamiento", "pago" y "operaciones de atención médica". Restringimos la cantidad de información que compartimos sobre usted, según lo indica la ley. Por ejemplo, la información relacionada con VIH/SIDA, abuso de sustancias e información genética puede contar con otras protecciones legales. Nuestras políticas de privacidad siempre reflejarán las leyes aplicables que protejan más la privacidad.

Su derecho a la privacidad

La ley nos exige proporcionarle el Aviso sobre prácticas de privacidad. Este aviso se incluye en el paquete y en el boletín para miembros. Este aviso le informa sus derechos sobre la privacidad de su información personal y cómo podemos usar y compartir su información personal. Los cambios en este aviso se aplicarán a la información que ya tenemos, así como también a toda información que podamos recibir o generar en el futuro. Puede solicitar una copia en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-652-8249 (TTY: 711) o visitando nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia.

Sus registros médicos serán etiquetados con su identificación y guardados en un lugar seguro del consultorio del médico donde otras personas no puedan ver su información. Si la información médica está en una computadora, se necesita una clave especial para ver dicha información.

Sus registros médicos no pueden enviarse a nadie más sin su autorización escrita, excepto que la ley así lo exija. Cuando solicite al consultorio de su médico que transfieran los registros, le darán un formulario de divulgación para que lo firme. Es responsabilidad del consultorio de su médico ofrecerle este servicio. Si tiene problemas para obtener los registros o para que estos sean enviados a otro médico, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-652-8249 (TTY: 711).

Nuestro Departamento de Servicios para miembros lo ayudará a obtener los registros en el plazo de 10 días hábiles a partir de la solicitud.

Lo ayudaremos con lo siguiente:

- Ofreceremos una transferencia rápida de los registros a otros proveedores dentro o fuera de la red para la administración médica de su salud.
- Cuando cambie de proveedor de atención primaria, le garantizaremos que sus registros médicos o las copias de estos estén a disposición de su nuevo proveedor de atención primaria.

Si desea una copia de sus registros médicos o personales, puede enviarnos una solicitud por escrito. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-652-8249 (TTY: 711) y solicitar un formulario que usted o su representante pueden completar y enviarnos. Tiene derecho a revisar los registros médicos solicitados y pedir que se modifiquen o corrijan.

Cómo unirse al Comité de Asesoramiento de Miembros

A Aetna Better Health le complacería que usted nos ayudara a mejorar nuestro plan de salud. Lo invitamos a unirse a nuestro Comité de Asesoramiento de Miembros. En el comité, puede comentarnos sobre cómo podemos brindarle un mejor servicio. Asistir a estas reuniones les dará a usted y a su cuidador o familiar la oportunidad de ayudar a planificar las reuniones y reunirse con otros miembros de la comunidad. Estas reuniones informativas se llevan a cabo una vez cada tres meses. Si desea asistir o desea obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros de Aetna Better Health a alguno de los números que figuran más abajo.

Seguimos políticas de no discriminación

No debe ser tratado de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, religión, sexo, estado civil, embarazo, parto, orientación sexual o afecciones médicas.

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad por alguna de estas razones, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar el sitio web http://www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

Aetna Better Health cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. **Para más información sobre nuestra política de no discriminación y para obtener ayuda en otros idiomas o formatos, consulte las páginas iniciales de este manual.**

17. Responsabilidades de los miembros

Sus responsabilidades

Como miembro, usted también tiene algunas responsabilidades. Se incluye lo siguiente:

- Presentar su tarjeta de miembro de Aetna Better Health cada vez que solicite atención médica.
- Proporcionar información completa y precisa, en la medida de sus posibilidades, sobre su historial de salud y clínica.
- Participar en reuniones de su equipo de atención, comprender su afección médica y hacer comentarios para desarrollar objetivos de tratamiento mutuamente aceptados, en la medida de sus posibilidades.
- Asistir a las citas. Si debe cancelarlas, llámenos lo antes posible.
- Recibir todos los servicios cubiertos de la red de Aetna Better Health.
- Obtener autorización de Aetna Better Health antes de recibir los servicios que requieren una revisión de autorización de servicio (consulte la Sección 14).
- Llamar a Aetna Better Health sin cargo alguno de los números de teléfono que figuran más abajo cuando tenga una pregunta sobre su membresía o si necesita asistencia.
- Informarle a Aetna Better Health cuando tenga planeado estar fuera de la ciudad para que podamos coordinar sus servicios.
- Utilizar la sala de emergencias solo en emergencias reales.
- Llamar a su PCP cuando necesite atención médica, incluso si es fuera del horario de atención.

- Informarle a Aetna Better Health cuando considere que necesita cambiar su plan de atención.
- Leer el Manual para miembros. Este manual brinda información sobre los servicios de Aetna Better Health y cómo presentar un reclamo o una queja.
- Respetar lo que usted y su médico acordaron, incluido concertar citas de seguimiento, tomar los medicamentos y seguir las instrucciones de su médico relacionadas con la atención.
- Informar a Aetna Better Health acerca de cambios en su familia que puedan afectar su elegibilidad o inscripción, como tamaño familiar, empleo y mudarse fuera del estado de Virginia.
- Informarnos si tiene problemas con el personal de atención médica. Llame al Departamento de Servicios para miembros a los números que figuran más abajo.

Llamar al Departamento de Servicios para miembros a los números de teléfono que figuran más abajo en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si cambia su nombre, dirección o número de teléfono. También debe informarlo al trabajador social del Departamento de Servicios Sociales de su localidad.
- Si cambia su otra cobertura de seguro de salud, como la que brinda su empleador, el empleador de su cónyuge o la cobertura de compensación laboral.
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red.

- Si cambia de cuidador o cualquier otra persona responsable por usted.
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Instrucciones anticipadas

Tiene derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por usted mismo. Puede haber un momento en el que no pueda tomar decisiones sobre atención médica por usted mismo. Antes de que eso le suceda, puede realizar lo siguiente:

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

El documento legal que puede utilizar para dar las instrucciones se denomina instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas entran en vigencia solo si usted no puede tomar decisiones sobre atención médica por usted mismo. Cualquier persona de 18 años o más puede completar el formulario de instrucciones anticipadas. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Algunos ejemplos son un testamento vital, un poder duradero para decisiones sobre atención médica e instrucciones anticipadas de atención para las decisiones de atención médica.

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

Dónde obtener el formulario de instrucciones anticipadas

Puede obtener el formulario de instrucciones anticipadas de Virginia en http://www.virginiaadvancedirectives.org/the-virginia-hospital---healthcares-association--vhha--form.html.

También puede pedir el formulario a su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información a las personas acerca de Medicaid, como un hospicio y organizaciones de atención médica a domicilio, también pueden tener formularios de instrucciones anticipadas. También, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-652-8249 (TTY: 711) o con su coordinador de atención para solicitar los formularios.

Cómo completar el formulario de instrucciones anticipadas

Complete y firme el formulario. El formulario es un documento legal. Es posible que desee considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo. Podrían existir recursos legales gratuitos disponibles para ayudarlo.

Comparta la información con las personas que desee que estén al tanto

Proporcione copias a las personas que deben saber lo que contiene. Debe entregarle una copia del testamento vital, las instrucciones anticipadas de atención o el formulario del poder para atención médica a su médico. También debe entregarle una copia a la persona que nombre para que tome las decisiones por usted. Es recomendable que también les entregue copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, lleve una copia cuando vaya al hospital. En el hospital se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted. Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Podemos ayudarlo a obtener o comprender los documentos sobre instrucciones anticipadas

Su coordinador de atención puede ayudarlo a comprender u obtener estos documentos. Estos no cambian su derecho a recibir beneficios de atención médica de calidad. Su único objetivo es informar a los demás qué es lo que usted desea si no puede expresarlo.

Recuerde, es su elección llenar un formulario de instrucciones anticipadas o no. Puede revocar o cambiar sus instrucciones anticipadas de atención o poder para la atención médica si cambian sus deseos sobre sus decisiones de atención médica o su representante autorizado.

Otros recursos

También puede encontrar información sobre las instrucciones anticipadas en Virginia en www.virginiaadvancedirectives.org.

Puede guardar su instrucción anticipada en el Registro de instrucciones anticipadas sobre atención médica del Departamento de Salud de Virginia en https://connectvirginia.org/adr/.

Si no se respetan sus instrucciones anticipadas

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar un reclamo ante las siguientes organizaciones.

Por reclamos sobre médicos y otros proveedores, póngase en contacto con la División de Ejecución del Departamento de Profesiones de la Salud de Virginia:

LLAME AL	Departamento de Profesiones de la Salud de Virginia: Número gratuito: 1-800-533-1560 Teléfono local: 804-367-4691
CORREO POSTAL	Virginia Department of Health Professions Enforcement Division 9960 Mayland Drive, Suite 300 Henrico, Virginia 23233-1463
FAX	804-527-4424
CORREO ELECTRÓNICO	enfcomplaints@dhp.virginia.gov
SITIO WEB	http://www.dhp.virginia.gov/Enforcement/complaints.htm

Por reclamos sobre centros de atención de enfermería, hospitales para pacientes internados y pacientes externos, centros de aborto, organizaciones de atención a domicilio, programas de hospicio, centros de diálisis, laboratorios clínicos y planes de salud (también conocidos como organizaciones de cuidado administrado), comuníquese con la Oficina de Licencias y Certificación del Departamento de Salud de Virginia:

LLAME AL	Número gratuito: 1-800-955-1819 Teléfono local: 804-367-2106
CORREO POSTAL	Virginia Department of Health Office of Licensure and Certification 9960 Mayland Drive, Suite 401 Henrico, Virginia 23233-1463
FAX	804-527-4503
CORREO ELECTRÓNICO	OLC-Complaints@vdh.virginia.gov
SITIO WEB	http://www.vdh.virginia.gov/licensure-and-certification/

18. Fraude, uso indebido y abuso

¿Qué son el fraude, el uso indebido y el abuso?

El fraude se define como una tergiversación o engaño intencionales realizados por una persona a sabiendas de que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para sí mismo u otra persona. Incluye cualquier acto que constituya fraude en virtud de la ley federal o estatal aplicable.

El uso indebido incluye el uso excesivo, el uso insuficiente o el mal uso de los recursos. El uso indebido generalmente no es un acto intencional, pero genera gastos que no deberían haberse producido. Como resultado, se debe informar el uso indebido para que se puedan identificar y corregir los pagos indebidos.

El abuso incluye las prácticas que son incompatibles con la buena práctica fiscal, empresarial o médica, y que dan lugar a un costo innecesario para los programas de Medicaid y de doble elegibilidad, así como al pago de servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen las normas de atención médica reconocidas profesionalmente.

Algunos tipos comunes de fraude, uso indebido y abuso en la atención médica son los siguientes:

- Robo de identidad médica.
- Facturación de artículos o servicios innecesarios.
- Facturación de artículos o servicios no brindados.
- Facturación de un código por un servicio o procedimiento más costoso que el que se realizó (conocido como codificación aumentada).
- Cobro por separado de servicios que generalmente se agrupan en una tarifa (desvincular).
- Artículos o servicios no cubiertos.
- Cuando un médico recibe una forma de pago en compensación por remitir un paciente a otro médico. Estos pagos se denominan “sobornos”.

¿Cómo informo los casos de fraude, uso indebido o abuso?

Debe informar los casos de fraude y abuso a la Línea de ayuda en casos de fraude y abuso de Aetna Better Health of Virginia por estos medios:

Teléfono: 1-844-317-5825 (TTY: 711)

Correo electrónico: reportfraudabuseVA@aetna.com

Si prefiere remitir las sospechas de fraude, uso indebido o abuso directamente al estado, puede comunicarse con los contactos que se indican a continuación.

Línea directa de fraude del Departamento de Servicios de Asistencia Médica

Teléfono: 1-866-486-1971 o (804) 786-1066

Unidad de Control de Fraude de Medicaid de Virginia (Oficina del Procurador General)

Correo electrónico: MFCU_mail@oag.state.va.us

Teléfono: 1-800-371-0824

Fax: 804-786-3509

Por correo: Office of the Attorney General
Medicaid Fraud Control Unit
202 North Ninth Street
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

Fax: 804-371-0165

Correo electrónico: covhotline@osig.virginia.gov

Por correo: State FWA Hotline
101 N. 14th Street
The James Monroe Building 7th Floor
Richmond, VA 23219

19. Otros recursos importantes

Línea de ayuda de CCC Plus

1-844-374-9159
cccplusva.com

Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS)

dmas.virginia.gov

División para Personas de Edad Avanzada de Virginia

http://www.vda.virginia.gov/aaalist.asp
Incluye una lista de las Agencias de Área sobre el Envejecimiento por ubicación.

Departamento de Servicios Sociales

dss.virginia.gov

Denuncias de abuso, negligencia y explotación

Servicios de protección para adultos (Adult Protective Services, APS)
Línea directa disponible las 24 horas
1-888-832-3858

Departamento para las Personas Sordas y con Problemas Auditivos de Virginia (VDDHH)

El Programa de asistencia de tecnología (Technology Assistance Program, TAP) brinda equipos de telecomunicación a los solicitantes que reúnan los requisitos y cuyas discapacidades no les permitan utilizar un teléfono estándar. Los especialistas de extensión comunitaria del Departamento para las Personas Sordas y con Problemas Auditivos de Virginia (Virginia Department for the Deaf and Hard of Hearing, VDDHH) también pueden proporcionar información y remisiones para dispositivos de tecnología de asistencia.

(804) 662-9502 (voz/TTY)
1-800-552-7917 (voz/TTY)
(804) 662-9718 (fax)
1602 Rolling Hills Drive, Suite 203
Richmond, VA 23229-5012
http://www.vddhh.org

Otros recursos comunitarios

También puede encontrar recursos comunitarios adicionales en nuestro sitio web. Visite **AetnaBetterHealth.com/Virginia**. Seleccione "Health & Wellness" (Salud y bienestar) en la navegación y luego elija "Community Resources" (Recursos comunitarios). Estos recursos comunitarios incluyen, entre otros: ayuda para la alimentación, la vivienda y los servicios públicos; recursos para el cuidado de niños; servicios para personas mayores; servicios para personas con discapacidad; servicios de salud mental, y recursos de capacitación laboral y empleo.

20. Información para los miembros de la expansión Medicaid

Qué lo hace elegible para ser miembro de la expansión Medicaid

Es elegible para la expansión Medicaid si tiene entre 19 y 64 años de edad y cumple lo establecido en todas las siguientes categorías:

- No es elegible para la cobertura de Medicare.
- No es elegible para la cobertura de Medicaid mediante un grupo de cobertura obligatoria (por ejemplo, está embarazada o presenta una discapacidad).
- Sus ingresos no superan el 138% del límite federal de pobreza (FPL).
- Indicó en su solicitud que tiene necesidades médicas complejas.

El Departamento de Servicios Sociales (DSS) de su área o la Unidad de Procesamiento Central de Cover Virginia determinan la elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su trabajador local de elegibilidad del DSS o llame a Cover Virginia al 833-5CALLVA (TDD: 1-888-221-1590) si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad para Medicaid. La llamada es gratuita. Para obtener más información, puede visitar el sitio web de Cover Virginia en http://www.coverva.org.

Inscripción de un miembro a la expansión Medicaid

Dentro de los tres meses posteriores a su inscripción en Aetna Better Health, un representante del plan de salud se comunicará con usted o con su representante autorizado por teléfono, por correo o en persona para hacerle algunas preguntas sobre sus necesidades sociales y de salud.

Si no cumple los criterios de complejidad médica, puede cambiar de CCC Plus al programa de cuidado administrado de Medicaid Medallion 4.0. Si Aetna Better Health no puede comunicarse con usted o usted se niega a participar por completo en el examen de salud, puede

ser transferido al programa Medallion. Usted permanecerá con Aetna Better Health sin importar el programa en el que se encuentre. Si prefiere cambiar de plan de salud, puede hacerlo dentro de los primeros 90 días de haberse inscrito en el programa Medallion 4.0. Para más información sobre el examen de salud, consulte la sección 4.

Si no cumple con los criterios de complejidad médica y no está de acuerdo con lo establecido, tiene derecho a presentar una queja ante Aetna Better Health. Para obtener más detalles, consulte la sección Su derecho a presentar una queja.

Puede cambiar su plan de salud durante los primeros 90 días de su inscripción en el programa CCC Plus por cualquier motivo. También puede cambiar su plan de salud una vez al año durante la inscripción abierta por cualquier motivo. La inscripción abierta se realiza cada año, entre el 1 de noviembre y el 31 de diciembre. Recibirá una carta del DMAS durante la inscripción abierta con más información.

También puede solicitar cambiar su plan de salud en cualquier momento por una "buena razón", que puede incluir lo siguiente:

- Se muda fuera del área de servicio del plan de salud.
- Necesita varios servicios al mismo tiempo, pero no puede acceder a ellos dentro de la red del plan de salud.
- Su residencia o empleo se verían afectados como consecuencia del cambio de un proveedor dentro de la red a un proveedor fuera de la red para los apoyos residenciales, institucionales y laborales.
- Otras razones determinadas por el DMAS, como una baja calidad de atención y falta de acceso a proveedores, servicios y apoyos adecuados, incluida la atención especializada.
- No cumple los criterios de complejidad médica y se transfiere al programa de cuidado administrado de Medicaid Medallion 4.0.

La Línea de ayuda de CCC Plus administra las solicitudes de cambio con "buena razón" y responde cualquier pregunta que usted pueda tener. Comuníquese con la Línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608 o visite el sitio web en cccplusva.com.

Beneficios y servicios de la expansión Medicaid

Como miembro de la expansión Medicaid, tiene una variedad de beneficios y servicios de atención médica disponibles para usted. Recibirá la mayoría de sus servicios a través de Aetna Better Health, pero puede recibir algunos servicios a través del DMAS o de un contratista del DMAS.

- Los servicios prestados por medio de Aetna Better Health se describen en la Sección 10 del Manual para miembros del programa Commonwealth Coordinated Care Plus.
- Los servicios cubiertos por el DMAS o por un contratista del DMAS se describen en la Sección 11 del Manual para miembros del programa Commonwealth Coordinated Care Plus.
- Los servicios que no están cubiertos por medio de Aetna Better Health o del DMAS se describen en la Sección 12 del Manual para miembros del programa Commonwealth Coordinated Care Plus.

Si usted es un miembro elegible para la expansión Medicaid, además de los servicios mencionados anteriormente (con la misma cantidad, duración y alcance de servicios que los demás miembros del programa CCC Plus), también recibirá los siguientes cuatro beneficios sanitarios adicionales:

- Exámenes anuales de bienestar para adultos.
- Asesoramiento nutricional si se le diagnostica obesidad o enfermedades médicas crónicas.
- Vacunas o inmunizaciones recomendadas para adultos.

Aetna Better Health también lo animará a tomar un papel activo en su salud. Incluso puede ganar incentivos de bienestar:

Recompensas de bienestar	Tarjeta de incentivo: $15: examen de la vista con dilatación relacionado con la diabetes $25: examen de bienestar (incluye análisis de HbA1c y pruebas de detección de colesterol LDL) $15: mamografía de mujer $15: prueba de detección de cáncer de cuello de útero $25: colonoscopía inicial $15: vacuna antigripal $25: prueba de detección de cáncer de próstata	Para mayores de 21 años	No se requiere autorización previa

Si acude con frecuencia a la sala de emergencias, Aetna Better Health se comunicará con usted para ayudarlo a resolver sus necesidades. Puede haber oportunidades para abordar sus necesidades fuera de la sala de emergencias, como en los consultorios médicos y las clínicas.

Aetna Better Health también puede informarle sobre varias oportunidades para aprovechar la capacitación laboral, la educación y la asistencia para la inserción laboral, con el fin de ayudarlo a encontrar el empleo que sea adecuado para usted.

21. Palabras y definiciones importantes utilizadas en este manual

- Determinación adversa de beneficios: toda decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por un monto que es inferior al solicitado.
- Apelación: una forma en que usted puede cuestionar una determinación adversa de beneficios (como una denegación o reducción de beneficios) tomada por Aetna Better Health si considera que cometimos un error. Nos puede pedir que cambiemos nuestra decisión de cobertura presentando una apelación.
- Actividades de la vida diaria: lo que las personas hacen en un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.
- Facturación de saldos: situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura a una persona un monto superior al monto del costo compartido de Aetna Better Health por los servicios. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo". Llame al Departamento de Servicios para miembros si recibe alguna factura que no comprende.
- Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa que originariamente desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras empresas de medicamentos.
- Coordinador de atención: una de las personas más importantes de Aetna Better Health que trabaja con usted y sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

- Coordinación de la atención: proceso individualizado centrado en la persona que lo ayuda a obtener acceso a los servicios necesarios. El coordinador de atención trabajará con usted, sus familiares, si corresponde, sus proveedores y cualquier otra persona que participe en su atención para ayudarlo a obtener los servicios y apoyos que necesita.
- Plan de atención: plan que determina qué servicios de salud y apoyo recibirá y cómo los recibirá.
- Equipo de atención: un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de salud que están allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también lo ayudará a elaborar un plan de atención.
- Línea de ayuda de CCC Plus: un corredor de inscripciones que el DMAS contrata para que realice las actividades de asesoramiento sobre cambios e inscripción.
- Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): agencia federal a cargo de los programas Medicare y Medicaid.
- Coseguro: consulte la definición de costo compartido.
- Copago: consulte la definición de costo compartido.
- Costos compartidos: los costos que los miembros deben pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos. Este término por lo general incluye deducibles, coseguro y copagos o cargos similares. Además, consulte la definición de monto pagado por el paciente.
- Decisión de cobertura: decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre los servicios y medicamentos cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
- Medicamentos cubiertos: término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre Aetna Better Health.

- Servicios cubiertos: término general que se utiliza para referirse a toda la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los medicamentos con receta y de venta libre, los equipos y otros servicios cubiertos por Aetna Better Health.
- Equipo médico duradero: ciertos productos que su médico solicita para que use en su hogar. Entre los ejemplos se incluyen andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.
- Afección médica de emergencia: una emergencia significa que su vida podría estar amenazada o que usted podría sufrir una lesión permanente (quedar discapacitado) si no recibe atención rápidamente. Si está embarazada, podría significar daños a su salud o a la del feto.
- Transporte médico de emergencia: su afección es tal que no puede acudir al hospital en ningún otro medio que no sea llamando al 911 para solicitar una ambulancia.
- 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 de emergencia: servicios proporcionados en una sala de emergencias por parte de un proveedor capacitado para tratar una emergencia de salud médica o conductual.
- Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos por el beneficio de Medicaid.
- Audiencia imparcial: consulte Audiencia imparcial del estado. El proceso por el que usted presenta una apelación ante el estado sobre una decisión que nosotros tomamos y usted considera que es incorrecta.
- Pago por servicio: término general utilizado para describir los servicios de Medicaid cubiertos por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS).

- Medicamento genérico: medicamento con receta que el gobierno federal ha aprobado para utilizar en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.
- Queja: reclamo que se presenta sobre nosotros, o alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de la atención.
- Servicios y dispositivos de habilitación: servicios y dispositivos que lo ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades o el funcionamiento para la vida diaria.
- Seguro de salud: tipo de cobertura de salud que paga los gastos de salud, médicos y quirúrgicos en los que usted incurra.
- Plan de salud: organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También posee coordinadores de atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.
- Evaluación del riesgo para la salud: revisión de la historia clínica y la afección actual de un paciente. Se utiliza para conocer cuál es el estado de salud del paciente y cómo puede cambiar en el futuro.
- Auxiliar de atención médica en el hogar: persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención médica en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.
- Atención médica a domicilio: servicios de atención médica que una persona recibe en el hogar, como la atención de enfermería, los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio, entre otros.

- Servicios de hospicio: programa de atención y apoyo destinado a ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir con comodidad. Un pronóstico terminal significa que una persona padece de una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Un inscrito con un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un hospicio. Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporciona atención a la persona en su totalidad, lo que incluye las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Hospitalización: acto de dejar a una persona en el hospital como paciente.
- Atención hospitalaria para pacientes externos: atención o tratamiento que no requiere una hospitalización durante la noche en un hospital.
- Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): lista de los medicamentos con receta cubiertos por Aetna Better Health. Aetna Better Health elige los medicamentos de esta lista con la colaboración de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le indica si existen normas que debe cumplir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos suele denominarse “Formulario”.
- Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): variedad de servicios y apoyos que ayudan a personas mayores y personas con discapacidades a cumplir sus necesidades diarias de asistencia, mejorar la calidad de vida y mantener la independencia máxima. Algunos ejemplos incluyen asistencia para bañarse, vestirse, ir al baño, 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 LTSS se proporcionan durante un plazo prolongado, generalmente en hogares y entornos comunitarios, pero también en entornos basados en centros, como centros de atención de enfermería.

La mayoría de estos servicios lo ayudan a quedarse en su hogar para que no tenga que ir a un centro de atención de enfermería u hospital.

- Médicamente necesario: describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que usted vaya a un hospital o a un centro de atención de enfermería. 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.
- Medicaid (o asistencia médica): programa a cargo del gobierno federal y estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo, y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare. La mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid.
- Medicare: programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).
- 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.

- Inscrito en Medicare y Medicaid: persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid. Un inscrito en Medicare y Medicaid también se denomina “beneficiario con doble elegibilidad”.
- 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 los servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y los 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. (Nosotros lo denominamos “Parte D” para abreviarlo). La Parte D cubre medicamentos con receta para pacientes externos, vacunas y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare o Medicaid.
- Departamento de Servicios para Miembros: departamento dentro de Aetna Better Health responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.
- Modelo de atención: forma de proporcionar atención de alta calidad. El modelo de atención de CCC Plus incluye coordinación de la atención y un equipo de proveedores calificados que trabajan junto con usted para mejorar su salud y calidad de vida.

- Red: “proveedor” es el término general que usamos para los médicos, los enfermeros y otras personas que proporcionan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le proporcionan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo. Están autorizados o certificados por Medicaid y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con Aetna Better Health, aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros un monto adicional. Mientras sea miembro de Aetna Better Health, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.
- Farmacia de la red: farmacia que aceptó proporcionar los medicamentos con receta para los miembros de Aetna Better Health. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con Aetna Better Health. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.
- Proveedor no participante: proveedor o centro que no pertenece a Aetna Better Health y que Aetna Better Health no emplea ni opera y que, además, no ha firmado un contrato para ofrecerles servicios cubiertos a los miembros de Aetna Better Health.
- 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. Se deben cumplir criterios específicos para vivir en un centro de atención de enfermería.
- Defensor del pueblo: oficina del estado que lo ayuda si tiene problemas con Aetna Better Health o con sus servicios. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos.

- Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Proveedor o centro que no pertenece a Aetna Better Health y que Aetna Better Health no emplea ni opera y que, además, no ha firmado un contrato para ofrecerles servicios cubiertos a los miembros de Aetna Better Health.
- Proveedor participante: proveedores, hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le proporcionan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo, y que tienen un contrato con Aetna Better Health. También se hace referencia a los proveedores participantes como "proveedores dentro de la red" o "proveedores del plan".
- Monto pagado por el paciente: monto que posiblemente deba pagar por los servicios de atención a largo plazo, en función de sus ingresos. El Departamento de Servicios Sociales (DSS) debe calcular el monto que debe pagar si vive en un centro de atención de enfermería o recibe servicios de exención de CCC Plus y tiene la obligación de pagar por una parte de su atención. El DSS les notificará a usted y a Aetna Better Health si le corresponde un monto pagado por el paciente, incluido el monto (si correspondiera).
- Servicios médicos: atención que usted recibe de una persona con licencia en virtud de la ley estatal para ejercer la medicina, realizar cirugías o brindar servicios de salud conductual.
- Plan: organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También posee coordinadores de atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.
- Cobertura de medicamentos con receta: medicamentos con receta cubiertos (pagados) por Aetna Better Health. Algunos medicamentos de venta libre tienen cobertura.

- Medicamentos con receta: medicamento que, por ley, solo puede obtenerse con una receta del médico.
- Proveedor de atención primaria (PCP): su médico de atención primaria (también denominado proveedor de atención primaria) es el médico que se ocupa de todas sus necesidades de salud. Es responsable de proporcionar, organizar y coordinar todos los aspectos de su atención médica. A menudo, es la primera persona con la que debe comunicarse si necesita atención médica. Su PCP generalmente es un médico de familia, internista o pediatra. Tener un PCP lo ayuda a asegurarse de que tendrá la atención médica correcta a su disposición cuando la necesite.
- Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los productos cubiertos se incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para piernas, brazos y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales y dispositivos para reemplazar una función o parte interna del cuerpo.
- Proveedor: persona autorizada para brindarle atención o servicios médicos. Muchos tipos de proveedores participan en Aetna Better Health, incluidos médicos, enfermeros, proveedores de salud conductual y especialistas.
- Prima: pago mensual que un plan de salud recibe para brindarle cobertura de atención médica.
- Servicios de atención de enfermería privada: servicios de enfermería especializada en el hogar proporcionados por un enfermero certificado con licencia, o por un enfermero auxiliar diplomado bajo la supervisión de un enfermero certificado, a los miembros de los servicios de exención que tienen afecciones médicas graves o necesidades de atención médica complejas.
- Remisión: en la mayoría de los casos, debe contar con la aprobación de su PCP antes de poder usar otros proveedores de la red de Aetna Better Health. Esto se denomina remisión.

- Servicios y dispositivos de rehabilitación: tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente, una lesión o una operación importante.
- Área de servicio: área geográfica donde Aetna Better Health tiene permitido operar. Generalmente, también es el área donde usted puede recibir los servicios de rutina (que no sean de emergencia).
- Autorización de servicio: también conocida como autorización previa. aprobación necesaria antes de poder obtener determinados servicios o medicamentos. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una autorización previa de Aetna Better Health.
- Atención de enfermería especializada: atención o tratamiento que solo pueden ser proporcionados por enfermeros certificados. Entre los ejemplos de necesidades de enfermería especializada, se incluyen los vendajes de heridas complejas, la rehabilitación, la alimentación por sonda o el estado de salud que cambia repentinamente.
- Centro de atención de enfermería especializada (SNF): centro de atención de enfermería con el personal y los equipos necesarios para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios especializados de rehabilitación y otros servicios relacionados con la salud.
- Especialista: médico que brinda atención médica en relación con enfermedades específicas, con discapacidades o con una parte del cuerpo.
- Atención de urgencia: atención que se obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentina que no pone en peligro la vida, que no es una emergencia pero que requiere de atención inmediata. Puede recibir atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no puede acceder a ellos.

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health

LLAME AL	1-855-652-8249 Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-866-207-8901
CORREO POSTAL	Aetna Better Health of Virginia ATTN Member Services 9881 Mayland Drive Richmond, VA 23233 Correo electrónico: vamedicaidmemberservices@aetna.com
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia