



Juntos

Manual para miembros de Medallion 4.0
Obtenga más información sobre sus beneficios
de atención médica.

Aetna Better Health[®] of Virginia



AetnaBetterHealth.com/Virginia

Información útil

Nuestro sitio web

AetnaBetterHealth.com/Virginia

Dirección de correo postal

Aetna Better Health of Virginia
9881 Mayland Drive
Richmond, VA 23233

Departamento de Servicios para Miembros

1-800-279-1878

durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Servicios para personas con problemas auditivos y del habla

711

Servicios de traducción/interpretación de idiomas

1-800-279-1878

Servicios de salud conductual y por consumo de sustancias y Línea de ayuda las 24 horas

1-800-279-1878

Administración de atención

1-800-279-1878

Línea de enfermería las 24 horas

1-877-878-8940

Servicios dentales (programa Smiles For Children)

1-888-912-3456

Transporte

1-800-734-0430

Servicio de interpretación y formatos alternativos

Si necesita ayuda en otro idioma o formato, llame al **1-800-279-1878 (TTY: 711)**. Conseguiremos un intérprete en su idioma. Puede solicitar un intérprete oral o de lenguaje de señas si necesita ayuda para hablar con su médico durante la consulta. No deberá pagar por estos servicios.

Si tiene problemas visuales o si no lee en inglés, puede obtener información en otros formatos, como letra grande o audio. Estos servicios no tienen costo para usted.

Grievance and Appeals

Aetna Better Health of Virginia
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181
1-800-279-1878

Denuncias de fraude y abuso

1-844-317-5825

Línea de ayuda de cuidado administrado de Virginia

1-800-643-2273
(TTY: 1-800-817-6608)
virginiamanagedcare.com

Cover Virginia

833-5CALLVA
(TDD: 1-888-221-1590)
www.coverva.org

Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS)

www.dmas.virginia.gov

Departamento de Servicios Sociales

www.dss.virginia.gov

Información personal

Mi número de identificación de miembro

Proveedor de atención primaria (PCP)

El número de teléfono de mi PCP



Covering Children With
Affordable Health Insurance



Aetna Better Health® of Virginia
Cuidado administrado de Medicaid
Manual para miembros

Vigente a partir del 1 de diciembre de 2021

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 este manual en un formato o un idioma alternativos, comuníquese con el personal de nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878** (TTY: **711**). Los formatos alternativos se entregarán dentro de los 5 días hábiles.

Si tiene alguna dificultad para comprender esta información, comuníquese de manera gratuita con nuestro personal del Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878** (TTY: **711**) para obtener ayuda.

Además, los miembros con necesidades alternativas de comunicación auditiva o del habla pueden llamar al **711** para comunicarse con un operador de los servicios de retransmisión de las telecomunicaciones (TRS), quien lo ayudará a comunicarse con el personal del Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health. Los usuarios de voz y TRS pueden llamar al 711 desde cualquier teléfono, en cualquier parte de los Estados Unidos, sin cargo.

Si no habla inglés, llámenos al **1-800-385-4104** (TTY: **711**). Ofrecemos servicios de interpretación y podemos ayudarlo a responder preguntas en su idioma. También podemos ayudarlo a encontrar un proveedor de atención médica que pueda comunicarse con usted en su idioma, sin cargo alguno.

Spanish: Si no habla inglés, llámenos a **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

Tenemos acceso a servicios de intérprete y podemos ayudar a responder sus preguntas en su idioma de forma gratuita. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de atención médica que pueda comunicarse con usted en su idioma.

Korean: 영어로 말할 수 없다면 **1-800-385-4104** (TTY: **711**)로 전화하십시오. 저희는 통역 서비스를 이용할 수 있으며 귀하의 언어로 된 질문에 무료로 답변 할 수 있습니다. 우리는 또한 귀하의 언어로 의사 소통 할 수 있는 의료 서비스 제공자를 찾으려 도움을 줄 수 있습니다.

Vietnamese: Nếu bạn không nói được tiếng Anh, hãy gọi cho chúng tôi tại **1-800-385-4104** (TTY: **711**). Chúng tôi có quyền truy cập vào các dịch vụ phiên dịch và có thể giúp trả lời câu hỏi của bạn trong ngôn ngữ của bạn miễn phí. Chúng tôi cũng có thể giúp bạn tìm thấy một nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe người có thể giao tiếp với bạn bằng ngôn ngữ của bạn.

Chinese: 如果您不会说英语，请致电 **1-800-385-4104** (TTY: **711**)。我们可以使用翻译服务，并可以用您的语言免费回答您的问题。我们还可以帮助您找到一个能用您的语言与您沟通的医疗保健提供者。

Arabic: **1-800-385-4104** الثالثون-الثالثون1 - على بنا اتصل الإنكليزية، يتكلمون ال كنت إذا باللغة أسئلتك على الإجابة في تساعد أن **711** معك التواصل يمكن الذين الصحية الرعاية موفر على العثور مساعدتك أيضا يمكننا (TTY: **711**). (ويمكن شفوي، مترجم خدمات على الحصول بك الخاصة. بك الخاصة باللغة.

Tagalog: kung ikaw ay hindi nagsasalita ng ingles , mo sa amin & lt ; **1-800-385-4104** (TTY: **711**). & gt ; . kami ay ng interpreter paglilingkod at makakatulong ang sagot sa tanong na ang wika ng katungkulan . at kami ay tulungan ka ng ng pangangalaga sa kalusugan nagkakaloob na ang pamamahagi sa inyo sa inyong mga wika.

Farsi:

اگر انگلیسی صحبت با ما تماس بگیرید در **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. ما دسترسی به خدمات مترجم شفاهی و سئوالات زبان شما می تواند کمک کند. ما همچنین می توانید کمک ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی است که می تواند ارتباط با شما زبان خود را پیدا کنید.

Amharic: እንግሊዝኛ መናገር የማይችሉ ከሆነ, **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. ይደውሉልን. እኛ የአስተርጓሚ አገልግሎቶች መዳረሻ ያላቸው እና ከከፍተኛ ነጻ በራስዎ ቋንቋ ውስጥ የእርስዎን ጥያቄዎች መልስ ለማግኘት ይችላሉ. እኛ ደግሞ እንደ እናንተ የእርስዎን ቋንቋ ከእንተ ጋር መገናኘት የሚችል የጤና እንክብካቤ አቅራቢ እንዲያገኙ ሊረዱዎት ይችላሉ.

Urdu: اگر آپ انگریزی آپ اگر نہیں بولتے، تو **1-800-385-4104 (TTY: 711)** پر. مترجم ہم کریں کال ہمیں پر. مترجم ہم کریں کال ہمیں پر. آپ میں زبان اپنی انچارج کے مفت اور بے حاصل رسائی تک خدمات کی کی فراہم بہال دیکھ کی صحت ایک سکتے کر چیت بات ساتھ کے آپ میں زبان کی آپ جو آپ بھی نے ہم. سکتے ہیں سکتے کر مدد میں تلاش.

French: Si vous ne parlez pas anglais, appelez-nous à **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. Nous avons accès à des services d'interprètes et pouvons vous aider à répondre à vos questions dans votre langue gratuitement. Nous pouvons également vous aider à trouver un fournisseur de soins de santé qui peut communiquer avec vous dans votre langue.

Russian: Если вы не говорите по-английски, позвоните нам по телефону **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. Мы имеем доступ к услугам переводчика и можем помочь ответить на ваши вопросы на вашем языке бесплатно. Мы также можем помочь вам найти поставщика медицинских услуг, которые могут общаться с вами на вашем языке.

Hindi: आप अंग्रेजी नहीं बोलते हैं, तो **1-800-385-4104 (TTY: 711)** पर कॉल करें। हम दक्षिण एशिया सेवाओं के लिए उपयोग कर सकते हैं और ननः शुल्क अपनी भाषा में आपके सवाल के जवाब कर सकते हैं। हम यह भी मदद कर सकता है आप एक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता जो आपकी भाषा में आप के साथ संवाद कर सकते हैं।

German: Wenn Sie kein Englisch sprechen, rufen Sie uns unter **1-800-385-4104 (TTY: 711)** an. Wir haben Zugang zu Dolmetscherdiensten und können Ihnen helfen, Ihre Fragen in Ihrer Sprache kostenlos zu beantworten. Wir können Ihnen auch helfen, einen Arzt zu finden, der mit Ihnen in Ihrer Sprache kommunizieren kann.

Bengali: আপনি ইংরেজি বলতে পারি না, তাহলে **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. আমাদের সঙ্গে যোগাযোগ করুন. আমরা দোভাষীর পরিষেবাগুলিতে অ্যাক্সেস আছে এবং নিখরচা আপনার ভাষায় আপনার প্রশ্নের উত্তর সাহায্য করতে পারেন. আমরা সাহায্য করতে পারেন একটি স্বাস্থ্যের যত্ন প্রদানকারী যারা আপনার ভাষায় আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন.

Portuguese: Se você não fala inglês, ligue para **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. Temos acesso a serviços de intérprete e podemos ajudar a responder às suas perguntas no seu idioma gratuitamente. Também podemos ajudá-lo a encontrar um profissional de saúde que possa se comunicar com você em seu idioma.

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

Para nuestros miembros:

La pandemia de la COVID-19 nos ha afectado a todos de maneras que nunca podríamos haber imaginado. Para algunos, esto podría significar la pérdida o la enfermedad de nuestros seres queridos. Para otros, cambios difíciles en nuestras rutinas diarias, menos socialización y más estrés de lo normal, en adultos y niños por igual.

Le recomiendo que lea toda esta sección relacionada con la COVID-19. Encontrará respuestas a las preguntas frecuentes relacionadas con la vacuna contra la COVID-19, así como también las maneras en que nos comunicaremos con usted y cómo usted puede comunicarse con nosotros durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Le recomiendo que guarde este documento en un lugar fácil de encontrar cuando haya terminado de leerlo.

Como siempre, si usted o un familiar presentan síntomas de la COVID-19, llame a su médico de inmediato. Esta es una enfermedad grave y puede provocar la muerte. Es importante que reciba ayuda lo antes posible. Aetna Better Health cubre las pruebas de diagnóstico y las vacunas contra la COVID-19, sin costo alguno para usted.

Le deseo que goce de buena salud.

Jerry Mammano
Director ejecutivo
Aetna Better Health of Virginia

Como su socio de salud, estamos comprometidos a mantenerlo actualizado sobre la información de la COVID-19 más reciente, tan pronto como esté disponible. A continuación, se detallan algunas de las maneras en que nos comunicaremos con usted:

- **Por correo.** Si recibe un correo de nuestra parte (una carta, una postal o nuestro boletín informativo para miembros), asegúrese de abrirlo y leerlo en cuanto pueda.
- **Por teléfono o mensaje de texto.** El teléfono o el mensaje de texto son nuestras maneras más rápidas de brindarle la información que necesita sin demora. Si ha cambiado su número de teléfono recientemente y quiere que podamos comunicarnos con usted para recibir actualizaciones importantes, puede informarnos de su número nuevo llamando al **1-800-279-1878 (TTY: 711)**.
- **En nuestro sitio web.** Visite **AetnaBetterHealth.com/Virginia** y seleccione “For Members” (“Para miembros”). Allí encontrará anuncios importantes para miembros relacionados con la COVID-19, incluidos los cambios en beneficios, que tienen como objetivo ayudarlo a ocuparse de sus necesidades de salud y bienestar durante este tiempo.

Preguntas frecuentes sobre la vacuna contra la COVID-19

La vacuna no tiene costo para los miembros de Aetna Better Health. Es completamente gratis. El transporte está disponible para todos los miembros que no tienen en qué trasladarse.

¿Dónde debo ir para vacunarme?

Las vacunas contra la COVID-19 están disponibles en CVS y otras farmacias, así como también en los consultorios de los médicos, los departamentos de salud locales y otros sitios clínicos de atención. Si decide acudir a su médico de atención primaria, llame primero y confirme si tiene la vacuna. También puede visitar [vaccines.gov](https://www.vaccines.gov) para encontrar una ubicación cercana a usted que ofrezca la vacuna.

¿Por qué debo vacunarme?

Al recibir la vacuna contra la COVID-19, se está protegiendo a usted mismo y cuidando a los que lo rodean. Si tiene una afección médica, puede ayudarlo a prevenir una enfermedad grave o incluso la muerte.

¿La vacuna tiene algún efecto secundario?

Es posible que la vacuna le provoque efectos secundarios leves. Estos pueden incluir dolor en el lugar de la inyección, fatiga, dolor de cabeza, escalofríos, fiebre y dolor muscular o en las articulaciones. Son temporales. Si sus efectos secundarios se vuelven moderados o graves, llame a su médico de inmediato. Después de vacunarse contra la COVID-19, puede inscribirse en el programa v-safe. Este programa es una herramienta basada en una aplicación que controla su salud después de la vacunación. Para registrarse, visite [vsafe.cdc.gov](https://www.vsafe.cdc.gov).

¿Necesito una segunda dosis?

Algunas vacunas contra la COVID-19 se aplican por única vez. Otras pueden necesitar una segunda dosis. El proveedor o el farmacéutico que la administre le dará una tarjeta de registro de la vacuna para asegurarse de que reciba la segunda dosis, en caso de ser necesario. Hable con el proveedor de atención médica que le aplique la vacuna para confirmar.

No tengo medios de transporte. ¿Cómo puedo conseguir traslado?

Si no tiene su propio transporte, cubriremos sus traslados sin costo alguno a través de ModivCare. Para programar su traslado, llame al **1-800-734-0430 (TTY: 711)**. O bien, hágalo en línea en member.logisticare.com.

Mitos comunes asociados con la vacuna

Puedo contraer la COVID-19 con la vacuna

contra la COVID-19. No puede contraer la enfermedad del coronavirus con la vacuna contra la COVID-19. La vacuna no contiene un virus vivo.

Ya tuve la COVID-19 y me he recuperado, por lo que no necesito recibir la vacuna.

Necesita recibir la vacuna, incluso si ya ha tenido la COVID-19. Hable con su proveedor de atención médica sobre cuándo debe recibir la vacuna si está en recuperación.

Soy alérgico al huevo o tengo otra alergia.

No debería vacunarme contra la COVID-19.

Aquellos alérgicos al huevo pueden recibir la vacuna. No tiene huevo. Antes de recibir la vacuna, infórmele a su proveedor de atención médica sobre todas las alergias que tenga.

Tengo una pregunta que no se respondió aquí.

¿Con quién puedo hablar?

Departamento de Servicios para Miembros

Aetna Better Health está disponible para usted durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Llame al **1-800-279-1878 (TTY: 711)**. También podemos ayudarlo a programar una cita o encontrar un proveedor o una farmacia que administre la vacuna.

Su proveedor de atención médica

Su proveedor de atención médica también puede hablar con usted si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la vacuna contra la COVID-19.

Índice

Ayuda en otros idiomas o formatos alternativos	5
Información importante relacionada con la enfermedad del coronavirus (COVID-19)	9
Preguntas frecuentes sobre la vacuna contra la COVID-19	10
1. Plan de cuidado administrado de Medicaid	15
Bienvenido a Aetna Better Health of Virginia.....	15
Cómo utilizar este manual	15
Su paquete de bienvenida	16
Cómo recibir ayuda de inmediato	20
Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health.....	20
Cómo pueden ayudarlo los representantes del Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health.....	21
Línea de asesoramiento médico disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana	23
Línea de crisis de salud conductual	24
Otros números de contacto importantes	24
2. Cómo funciona el cuidado administrado.....	25
Qué hace que sea elegible para ser miembro.....	25
Qué hace que NO sea elegible para ser miembro.....	25
Responsabilidad de terceros.....	26
Inscripción.....	26
Asignación del plan de salud.....	27
Cómo cambiar su plan de salud	27
Reinscripción automática	27
Ventajas de elegir Aetna Better Health.....	28
¿Qué es una evaluación de riesgos de salud?.....	29
Período de transición de la atención.....	29
3. Cómo obtener atención y servicios regulares.....	29
Cómo recibir atención de un proveedor de atención primaria (PCP)	30
Directorio de proveedores.....	30
Cómo elegir su PCP	30
Si su PCP actual no está en la red de Aetna Better Health	31
Cómo obtener atención de otros proveedores de la red	31
Cómo cambiar su PCP	31
Cómo programar una cita con su PCP	32
Estándares de citas.....	32

Estándares de tiempo de traslado y distancia	32
Accesibilidad	33
Consultas de telesalud.....	33
¿Qué sucede si un proveedor abandona la red de Aetna Better Health?	33
¿Qué tipos de personas y lugares son proveedores de la red?	34
¿Qué son las farmacias de la red?	34
Servicios que puede obtener sin una remisión o autorización previa	34
4. Cómo obtener atención y servicios especializados	34
5. Cómo obtener atención y servicios de emergencia	36
¿Qué es una emergencia?	36
¿Qué debe hacer en caso de emergencia?	36
¿Qué es una emergencia médica?	36
¿Qué es una emergencia de salud conductual?	37
Ejemplos de casos que no son emergencias	37
Si tiene una emergencia cuando está lejos de su hogar	37
¿Qué cobertura tiene en caso de una emergencia?	37
Cómo notificar a Aetna Better Health sobre su emergencia	37
Después de una emergencia	37
Si está hospitalizado	38
¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica después de todo?	38
6. Cómo puede obtener atención de urgencia	38
¿Qué es la atención de urgencia?	38
7. Cómo obtener medicamentos con receta	38
Cómo obtener sus recetas	39
Lista de medicamentos cubiertos	39
Límites respecto de la cobertura de algunos medicamentos	40
Medicamentos sin cobertura	41
Cómo cambiar de farmacias	41
¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?	42
¿Puede usar el servicio de pedido por correo para obtener sus recetas?	42
¿Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos?	42
¿Puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red de Aetna Better Health?	43
Administración de uso	43
¿Qué es el programa Seguridad y administración de uso del paciente (PUMS)?	44

8. Beneficios.....	45
Normas generales de cobertura.....	45
Beneficios cubiertos a través de Aetna Better Health	45
Beneficios adicionales para miembros de Aetna Better Health	48
Cómo acceder a la cobertura de servicios de EPSDT	51
Cómo acceder a la cobertura de servicios de intervención temprana (EI).....	51
Cuidado adoptivo y asistencia para la adopción.....	52
Cómo acceder a los servicios de salud para la madre y el bebé con su cobertura de atención médica de Medicaid o FAMIS MOMS	52
Programa de maternidad de Aetna Better Health	52
Inscripción de recién nacidos	53
Cómo acceder a los servicios de planificación familiar	53
Cómo acceder a los servicios de salud conductual	54
Cómo acceder a los servicios de tratamiento de adicciones y recuperación (ARTS)	57
Cómo acceder a los servicios de transporte que no sean de emergencia	58
9. Servicios no cubiertos.....	58
Si recibe servicios no cubiertos	59
10. Servicios cubiertos a través del pago por servicio de Medicaid	59
Servicios que finalizarán su inscripción	60
11. Procedimiento de autorización de servicio	61
Explicación de las autorizaciones de servicio	61
Autorizaciones de servicio y transición de la atención	62
Cómo presentar una solicitud de autorización de servicio.....	62
¿Qué sucede después de presentar una solicitud de autorización de servicio?.....	62
Plazos para la revisión de autorización de servicio	63
12. Apelaciones, audiencias imparciales del estado y reclamos (quejas)	65
Su derecho a apelar	65
Representante autorizado	65
Determinación adversa de beneficios	65
Cómo presentar su apelación	65
Continuación de los beneficios	66
Qué sucede después de que recibimos su apelación	66
Plazos para apelaciones.....	67
Proceso de audiencia imparcial del estado para miembros de Medallion.....	67
Solicitudes de revisión estándar o acelerada	68

Representante autorizado	68
A dónde enviar la solicitud de audiencia imparcial del estado	68
Revisión externa para miembros de FAMIS.....	70
Sus beneficios durante el proceso de apelaciones, de audiencia imparcial del estado o de revisión externa	70
Su derecho a presentar un reclamo	71
13. Derechos de los miembros.....	73
Sus derechos	73
Su derecho a estar seguro	75
Su derecho a la confidencialidad	75
Su derecho a la privacidad	75
Cómo unirse al Comité de Asesoramiento de Miembros.....	76
Seguimos políticas de no discriminación.....	76
14. Responsabilidades de los miembros	76
Sus responsabilidades	76
Instrucciones anticipadas	78
Si no se respetan sus instrucciones anticipadas	79
15. Fraude, uso indebido y abuso	80
Qué son el fraude, el uso indebido y el abuso	80
¿Cómo informo los casos de fraude, uso indebido o abuso?	80
16. Información importante para los miembros de FAMIS.....	81
17. Expansión Medicaid: una nueva cobertura de seguro de salud para adultos	82
Qué lo hace elegible para ser miembro de la expansión Medicaid	82
Inscripción de un miembro a la expansión Medicaid.....	82
Beneficios y servicios de la expansión Medicaid	82
18. Otros recursos importantes	84
19. Palabras y definiciones clave utilizadas en este manual	85

1. Plan de cuidado administrado de Medicaid

Bienvenido a Aetna Better Health of Virginia

Gracias por elegir Aetna Better Health of Virginia (Aetna Better Health) como su plan de cuidado administrado de Medicaid preferido. Si es un miembro nuevo, nos comunicaremos con usted por teléfono en las próximas semanas para analizar información muy importante. Si recibe una llamada nuestra, le pedimos que haga su mejor esfuerzo por atender o respondernos el mensaje. Es muy importante que comprenda cómo funciona su plan de atención médica.

También 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, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health al **1-800-279-1878** (TTY: **711**), visite nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Virginia** o llame a la Línea de ayuda de cuidado administrado de Medicaid de Virginia al 1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608), de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 06:00 p. m. para obtener ayuda. Este manual también está disponible en nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Virginia**.

Si usted es miembro del plan Acceso familiar a seguridad de seguro médico (FAMIS) (vea el logotipo en su identificación), consulte el Capítulo 16 de este manual. Hay un inserto especial que le brinda información sobre el programa y le indica cómo acceder a la información sobre el programa FAMIS.

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. Comenzamos reconociendo que nuestros proveedores son esenciales 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. Puede comunicarse con nosotros al **1-800-279-1878** (TTY: **711**), 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. Esperamos poder prestarles nuestros servicios a usted y a su familia.

Cómo utilizar este manual

Este manual lo ayudará a comprender sus beneficios y cómo puede obtener ayuda de Aetna Better Health. Este manual es una guía de atención médica y para miembros de Aetna Better Health que explica los servicios de atención médica, la cobertura de salud conductual, la cobertura de medicamentos con receta y otros servicios y apoyos cubiertos en virtud del programa. Esta guía lo ayudará a tomar las mejores medidas para que su plan de salud satisfaga sus necesidades.

No dude en compartir este manual con un familiar u otra persona que conozca sus necesidades de atención médica. Cuando tenga una pregunta o necesite asesoramiento, puede hacer lo siguiente: consultar este manual, llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health al **1-800-279-1878** (TTY: **711**), visitar nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Virginia** o llamar a la Línea de ayuda de cuidado administrado de Medicaid de Virginia, sin cargo, al 1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608) de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 06:00 p. m.

También puede encontrar este manual en nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Virginia**.

Su paquete de bienvenida

Identificación de miembro

Ya debería haber recibido un paquete de bienvenida y su identificación de miembro de Aetna Better Health. Su tarjeta de identificación de Aetna Better Health se utiliza para acceder a servicios y apoyos de atención médica del programa de cuidado administrado de Medicaid cuando consulta al médico y retira medicamentos con receta. Debe mostrar esta tarjeta para recibir servicios o medicamentos con receta. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta para que tenga una idea de cómo será la suya:

Modelo de la identificación de miembro de Medallion 4.0

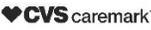
		
Aetna Better Health® of Virginia		
Name	LASTNAME, FIRSTNAME	
Medicaid/Member ID #	XXXXXXXXXXXX	DOB 00/00/0000 Sex X
PCP	LASTNAME, FIRSTNAME	
PCP Phone	1-000-000-0000	Effective Date 00/00/0000
.....		
RxBIN:	610591	RxPCN: ADV RxGROUP: RX8837
Pharmacist Use Only:	1-855-270-2365	
AetnaBetterHealth.com/Virginia		
THIS CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT. VAMED4		

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

Important numbers for members	
Member Services	1-800-279-1878 (TTY 711)
Transportation	1-800-734-0430
Behavioral Health and Substance Use Hotline	1-800-279-1878
24-Hour Nurse Line	1-800-279-1878
Smiles for Children	1-888-912-3456
Important numbers for providers	
Eligibility/Preauthorization	1-800-279-1878
Radiology Preauthorization	1-888-693-3211
Submit claims to	Submit grievances and appeals to
Aetna Better Health of Virginia	Aetna Better Health of Virginia
P.O. Box 63518	P.O. Box 81139
Phoenix, AZ 85082-3518	5801 Postal Road
EDI Payer 128VA	Cleveland, OH 44181

VAMED4B

Modelo de la identificación de miembro de FAMIS

		
Aetna Better Health® of Virginia		
Name	LASTNAME, FIRSTNAME	
FAMIS/Member ID #	XXXXXXXXXXXX	DOB 00/00/0000 Sex X
PCP	LASTNAME, FIRSTNAME	
PCP Phone	1-000-000-0000	Effective Date 00/00/0000
.....		
Copay: N	PCP/UC: \$0	Inpatient: \$0 Outpatient: \$0
Generic Rx: \$0	Brand Rx: \$0	ER: \$0 ER non-emerg: \$0
RxBIN:	610591	RxPCN: ADV RxGROUP: RX8837
Pharmacist Use Only:	1-855-270-2365	
AetnaBetterHealth.com/Virginia		
THIS CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT. VAFAMIS4.0		

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

Important numbers for members	
Member Services	1-800-279-1878 (TTY 711)
Behavioral Health and Substance Use Hotline	1-800-279-1878
24-Hour Nurse Line	1-800-279-1878
Smiles for Children	1-888-912-3456
Important numbers for providers	
Eligibility/Preauthorization	1-800-279-1878
Radiology Preauthorization	1-888-693-3211
Submit claims to	Submit grievances and appeals to
Aetna Better Health of Virginia	Aetna Better Health of Virginia
P.O. Box 63518	P.O. Box 81139
Phoenix, AZ 85082-3518	5801 Postal Road
Payer ID 128VA	Cleveland, OH 44181

VAFAMIS4.0 B

Si no ha recibido su tarjeta, 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 al final de esta página y le enviaremos una tarjeta nueva.

Conserve su identificación de Medicaid de la Mancomunidad de Virginia para acceder a los servicios cubiertos a través del estado, conforme al programa de pago por servicio de Medicaid. Estos servicios se describen en el apartado de Servicios cubiertos a través del pago por servicio de Medicaid, en la Sección 10 de este manual.

Directorios de proveedores y farmacias

Debería haber recibido información sobre los Directorios de proveedores y farmacias de Aetna Better Health en su paquete de bienvenida. Estos directorios enumeran los proveedores y las farmacias que participan en la red de Aetna Better Health. Mientras sea miembro de nuestro plan, y en la mayoría de los casos, debe utilizar uno de los proveedores de nuestra red para obtener los servicios cubiertos.

Puede solicitar una copia en papel del Directorio de proveedores y farmacias llamando al Departamento de Servicios para miembros al número que aparece en la parte inferior de la página. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor en su área, el Departamento de Servicios para miembros también puede ayudarle con eso. También puede consultar o descargar el Directorio de proveedores y farmacias en **[AetnaBetterHealth.com/Virginia](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia)**.

Acceda a nuestra búsqueda de proveedores en línea

1. Visite **[AetnaBetterHealth.com/Virginia](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia)**.
2. Seleccione **“Find A Provider”** (“Buscar un proveedor”) para acceder a nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea.

Nuestro motor de búsqueda de proveedores en línea se actualiza diariamente. También puede descargar una versión en PDF de nuestro directorio completo en

[AetnaBetterHealth.com/Virginia/Members/Provider-Directory](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia/members/provider-directory).

Los Directorios de proveedores y farmacias brindan información sobre profesionales de salud, como los siguientes:

- Médicos, profesionales en enfermería, especialistas
- Proveedores de salud conductual, como psicólogos y asesores
- Proveedores dentales y de la vista
- Centros (hospitales, clínicas de atención de urgencia, clínicas para pacientes externos, centros de atención de enfermería, etc.)
- Proveedores de apoyo (como proveedores de atención médica diurna para adultos y de atención médica a domicilio, etc.)
- Farmacias dentro de 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 el apartado Período de transición de la atención en la Sección 3 de este manual).
- Si tiene otro seguro además de Aetna Better Health (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).

Consulte la Lista de medicamentos cubiertos en la Sección 9 de este manual.

El Directorio de proveedores y farmacias le brinda información sobre cómo obtener atención y enumera los profesionales de salud que puede consultar como miembro de Aetna Better Health. También enumera las farmacias que puede utilizar para obtener sus medicamentos con receta. La lista en línea tiene la información más actualizada. Si necesita asistencia para encontrar un proveedor o programar una cita, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo. Llame al **1-800-279-1878 (TTY 711)**.

¿Cuál es el área de servicio de Aetna Better Health?

Aetna Better Health es un plan de salud de Medicaid estatal, lo que significa que puede acceder a los servicios en toda la Mancomunidad de Virginia a través de uno de nuestros proveedores o centros contratados. El área de servicio de Aetna Better Health incluye la Mancomunidad de Virginia completa: los 95 condados y las 38 ciudades independientes.



Condados

- | | | | |
|------------|--------------|------------|----------------|
| Accomack | Buchanan | Dinwiddie | Greensville |
| Albemarle | Buckingham | Essex | Halifax |
| Alleghany | Campbell | Fairfax | Hanover |
| Amelia | Caroline | Fauquier | Henrico |
| Amherst | Carroll | Floyd | Henry |
| Appomattox | Charles City | Fluvanna | Highland |
| Arlington | Charlotte | Franklin | Isle of Wight |
| Augusta | Chesterfield | Frederick | James City |
| Bath | Clarke | Giles | King and Queen |
| Bedford | Craig | Gloucester | King George |
| Bland | Culpeper | Goochland | King William |
| Botetourt | Cumberland | Grayson | Lancaster |
| Brunswick | Dickenson | Greene | Lee |

Loudoun	Northumberland	Rappahannock	Stafford
Louisa	Nottoway	Richmond	Surry
Lunenburg	Orange	Roanoke	Sussex
Madison	Página	Rockbridge	Tazewell
Mathews	Patrick	Rockingham	Warren
Mecklenburg	Pittsylvania	Russell	Washington
Middlesex	Powhatan	Scott	Westmoreland
Montgomery	Prince Edward	Shenandoah	Wise
Nelson	Prince George	Smyth	Wythe
New Kent	Prince William	Southampton	York
Northampton	Pulaski	Spotsylvania	

Ciudades

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

Solo aquellas personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en Aetna Better Health. Si se muda fuera del área de servicio (a otro estado que no sea Virginia, por ejemplo), no puede seguir siendo miembro del plan. Si esto sucede, recibirá una carta del Departamento de Servicios de Asistencia Médica (Department of Medical Assistance Services, DMAS) en la que se le solicitará que elija un plan nuevo. También puede llamar a la Línea de ayuda de cuidado administrado si tiene alguna pregunta sobre la inscripción en el plan de salud. Comuníquese con la Línea de ayuda de cuidado administrado al **1-800-643-2273** o visite el sitio web en **virginiamanagedcare.com**.

Cuando elige Aetna Better Health, tiene acceso a beneficios adicionales tales como los siguientes:

- Atención de la vista para adultos
- Atención de la audición para adultos
- Prevención del asma
- Ayuda para respirar mejor
- Atención de la diabetes de por vida
- Entrega de comidas a domicilio
- Control del peso
- Teléfonos móviles gratuitos
- Horario extendido del centro de llamadas del Departamento de Servicios para miembros: durante las 24 horas, los 7 días de la semana
- Medicina no tradicional
- Incentivo para el examen de desarrollo de educación general (GED)
- Lecciones de natación
- Ted E. Bear, M.D. Wellness Club para los niños
- Estipendio mensual para productos de cuidado menstrual
- Examen físico para deportes para jóvenes

Lista de medicamentos cubiertos

Puede consultar la Lista de medicamentos cubiertos en AetnaBetterHealth.com/Virginia/Members/Pharmacy-Benefits. Puede acceder o descargar el Directorio de proveedores y farmacias en AetnaBetterHealth.com/Virginia/Members/Provider-Directory o recibir una copia impresa llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878 (TTY 711)**.

Lista de servicios cubiertos y no cubiertos

Consulte la Sección 8 de este manual, acceda o descargue los servicios cubiertos de Aetna Better Health en AetnaBetterHealth.com/Virginia/Members/Medicaid/Medicaid-Benefits o reciba una copia impresa llamando al **1-800-279-1878 (TTY 711)**. Consulte el apartado Período de transición de la atención en la Sección 2 de este manual.

Información sobre la elegibilidad

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid, comuníquese con el trabajador social del Departamento de Servicios Sociales de la ciudad o del condado en donde usted vive. Si tiene preguntas sobre los servicios que obtiene con Aetna Better Health, llame al número del Departamento de Servicios para miembros que aparece al final de esta página. También puede visitar Cover Virginia en www.coverva.org o llamar al **833-5CALLVA (TDD 1-888-221-1590)**. **Estas llamadas son gratuitas.**

Cómo recibir ayuda de inmediato

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health

El personal de 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.

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

LLAME AL	1-800-279-1878. Esta llamada es gratuita. Atienden 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	TTY 711. Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo especial para llamar a este número.
FAX	1-866-207-8901
CORREO POSTAL	Aetna Better Health of Virginia 9881 Mayland Drive Richmond, VA 23233
CORREO ELECTRÓNICO	Visite la página de contacto en nuestro sitio web AetnaBetterHealth.com/Virginia/Contact-Us para enviarnos un mensaje seguro. Puede enviar correos electrónicos directamente a vamedicaidmemberservices@aetna.com .
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia

Cómo pueden ayudarlo los representantes del Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health

- Pueden responderle preguntas sobre Aetna Better Health.
- Pueden responderle preguntas sobre reclamaciones, facturaciones o identificaciones de miembro.
- Pueden brindarle asistencia para encontrar o consultar si un médico se encuentra dentro de la red de Aetna Better Health.
- Pueden brindarle asistencia para cambiar su proveedor de atención primaria (PCP).
- Pueden ayudarlo a comprender sus beneficios y los servicios cubiertos, incluido el monto que pagaremos para que pueda tomar las mejores decisiones sobre su atención médica.
- Pueden ayudarlo a presentar una apelación 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.
- Pueden ayudarlo a presentar un reclamo sobre sus servicios de atención médica (incluidas las recetas). Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (ya sea un proveedor de la red o que no pertenezca a la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o a la Línea de ayuda de cuidado administrado al **1-800-643-2273**.
- Pueden ayudarlo a comunicarse con un administrador de atención de Aetna Better Health.

Cómo comunicarse con un administrador/coordinador de atención de Aetna Better Health

Si tiene una afección crónica, antecedentes de problemas de salud o necesita asistencia para obtener atención médica, queremos trabajar con usted y su médico a fin de satisfacer sus necesidades de atención médica. La administración de la atención le ayuda a obtener la mejor atención de la manera más eficiente. Para hablar con un administrador de atención, llame al **1-800-279-1878 (TTY 711)**.

Seguiremos las pautas del DMAS o las pautas reconocidas a nivel nacional para cualquier atención alternativa propuesta. Debemos autorizar previamente la atención alternativa antes de que se presten los servicios. El objetivo de la ayuda y la educación proporcionadas en la Administración de la atención será satisfacer las necesidades especiales de atención médica.

Nuestro programa de Administración de la atención está diseñado para garantizar que usted comprenda su afección y el plan de tratamiento. Nuestro personal está conformado por trabajadores sociales o enfermeros certificados que han recibido capacitación en el proceso de administración de la atención. Los administradores de atención tienen una variedad de actividades diarias, ya que interactúan con todas las personas que participan en su vida. Coordinan la atención de las siguientes maneras:

- Trabajan en forma personal con usted para crear un plan basado en sus objetivos.
- Revisan su plan para garantizar que no haya interrupciones en la atención.
- Consultan con sus médicos.
- Le ayudan a concertar citas con especialistas y médicos de atención primaria.
- Verifican que se implementen los medicamentos y tratamientos adecuados.
- Ayudan a garantizar que reciba atención preventiva.
- Trabajan para garantizar que usted y su familia tengan el respaldo que necesitan.
- Hacen preguntas para garantizar que su hogar sea seguro.

- Brindan información al paciente y a la familia acerca de programas y servicios disponibles en la comunidad y a través de su médico.
- Garantizan que tenga asistencia en el caso de necesidades de salud mental.
- Lo ayudan cuando su hijo pasa de la atención pediátrica a la de adultos.
- Trabajan con usted para obtener la atención correcta para las necesidades especiales de su hijo (incluidos cuidado adoptivo, atención de adopción e intervención temprana).
- Le ayudan en la transición hacia otra atención cuando finalizan sus beneficios, si fuera necesario.

Contamos con programas que abordan sus necesidades específicas, como atención de maternidad para embarazos de alto riesgo y atención neonatal para el recién nacido. También contamos con programas que lo ayudan si recibió o necesita un trasplante. También podemos ayudarle en la transición desde el centro hasta su hogar o lugar de residencia. Estos programas le ayudan a cuidar bien de usted y su familia.

Si considera que necesita servicios de administración de la atención o si tiene preguntas al respecto, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878 (TTY 711)**. Si pertenece a un programa pero no desea hacerlo, llame al mismo número de teléfono para salir del programa. Comuníquese al personal del Departamento de Servicios para miembros que desea hablar con el administrador de atención.

Su administrador de atención actúa como su único punto de contacto y evaluará, coordinará y controlará todos los servicios de atención proporcionados por otros proveedores de atención. Su administrador de atención trabajará en estrecha relación con usted para administrar su atención. Si desea cambiar su administrador de atención, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878 (TTY 711)**.

Su administrador de atención también 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.
- 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 al **1-800-279-1878 (TTY 711)** o a su administrador 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
 - Atención médica a domicilio
 - Fisioterapia
 - Servicios de salud conductual
 - Terapia ocupacional
 - Servicios para la adicción
 - Terapia del habla
 - Otros servicios necesarios

LLAME AL	1-800-279-1878. Esta llamada es gratuita. Atienden 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	TTY: 711. Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo especial para llamar a este número.
FAX	1-866-207-8901
CORREO POSTAL	Aetna Better Health of Virginia 9881 Mayland Drive Richmond, VA 23233
CORREO ELECTRÓNICO	Visite la página de contacto en nuestro sitio web AetnaBetterHealth.com/Virginia/Contact-Us para enviarnos un mensaje seguro. Puede enviar correos electrónicos directamente a vamedicaidmemberservices@aetna.com.
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia

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

Puede comunicarse con un enfermero o profesional de salud conductual para responder sus preguntas durante las 24 horas, los 7 días de la semana gratis al **1-800-279-1878 (TTY 711)**.

Alentamos a nuestros miembros a que trabajen con su PCP y administrador de atención (para los miembros que reciben administración de la atención) 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	1-800-279-1878. Esta llamada es gratuita. Atienden 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	TTY: 711. Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo especial para llamar a este número.

Línea de crisis de salud conductual

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 **1-800-279-1878 (TTY 711)**. Si sus síntomas incluyen 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	1-800-279-1878 . Esta llamada es gratuita. Atienden 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	TTY: 711 . Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo especial para llamar a este número.

Otros números de contacto importantes

Administrador de beneficios dentales del DMAS	Si tiene preguntas o necesita encontrar 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 https://www.dmas.virginia.gov/formembers/benefits-and-services/dental o en el sitio web de DentaQuest www.dentaquestgov.com .
Transporte de Aetna Better Health	1-800-734-0430
Contratista de transporte del DMAS para transporte desde y hacia servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo	1-866-386-8331 TTY 1-866-288-3133 O marque 711 para comunicarse con un operador de retransmisión.
Magellan of Virginia; administrador de servicios de salud conductual del DMAS	Número gratuito: 1-800-424-4046 TDD 1-800-424-4048 O bien, marque 711 para comunicarse con un operador de retransmisión. www.magellanofvirginia.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 .

2. Cómo funciona el cuidado administrado

Es un programa de cuidado administrado obligatorio para los miembros de Medicaid de Virginia (**12VAC30-120-370**). El Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS) celebra contratos con organizaciones de cuidado administrado (Managed Care Organization, MCO) a fin de proporcionar la mayoría de los servicios cubiertos por Medicaid en todo el estado. Aetna Better Health está aprobado por el DMAS para brindar servicios de coordinación de atención y servicios de atención médica centrados en la persona. A través de este programa centrado en la persona, nuestro objetivo es ayudarlo a mejorar la calidad de su atención y su calidad de vida.

Qué hace que sea elegible para ser miembro

Cuando solicita asistencia médica, se le realizan pruebas para todos los programas posibles según su edad, ingresos y otra información. A fin de ser elegible para un programa de asistencia médica, debe cumplir con las condiciones de elegibilidad financieras y no financieras para dicho programa. Consulte la página del Programa de asistencia de Medicaid del Departamento de servicios sociales de Virginia (Virginia Department of Social Services, VDSS) para conocer información sobre la elegibilidad o la página de Formularios y solicitudes de Medicaid del VDSS para obtener la solicitud y otra información sobre el formulario de Medicaid.

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

- Hijos menores de 21 años.
- Cuidado adoptivo y asistencia para la adopción para hijos menores de 26 años.
- Mujeres embarazadas, incluso dos meses después del parto.
- Cuidadores para padres.

Las personas elegibles para Medicaid que no cumplen con determinados criterios de exclusión deben participar en el programa. La inscripción no garantiza la continuación de la elegibilidad para los servicios y beneficios en virtud del Programa de servicios de asistencia médica de Virginia. Para obtener más información sobre los criterios de exclusión y participación, consulte **12VAC30-120-370** en <https://law.lis.virginia.gov/admincode/title12/agency30/chapter120/section370>.

Qué hace que NO sea elegible para ser miembro

No podrá participar si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso:

- Pierde su elegibilidad para Medicaid.
- No cumple con una de las categorías de elegibilidad mencionadas anteriormente.
- Cumple con los criterios de exclusión mencionados en 12VAC30-120-370.
- Se encuentra hospitalizado en el momento de la inscripción.
- Está inscrito en un programa de exención basado en el hogar y la comunidad (Home and Community Based, HCBS).
- Ingresa en un hospital psiquiátrico independiente.
- Recibe atención en un centro para el tratamiento psiquiátrico residencial de nivel C (niños menores de 21 años).
- Cumple con los criterios para otro programa de Medicaid de Virginia.
- Hospicio.
- Ley de compensación por lesiones neurológicas relacionadas con el nacimiento de Virginia.

Responsabilidad de terceros

Cobertura de salud integral

- Los miembros inscritos en Medicaid, que el DMAS haya determinado que reciben cobertura de salud integral, que no sea Medicare, serán elegibles para inscribirse en Medallion 4.0 siempre y cuando no se aplique ninguna otra exclusión.
- Los miembros que obtengan otra cobertura de salud integral después de inscribirse en Medallion 4.0 seguirán inscritos en el programa.
- Se cancelará la inscripción de los miembros que obtengan Medicare después de inscribirse en Medallion 4.0 y se los inscribirá en el programa Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus).
- Aetna Better Health es responsable de coordinar todos los beneficios con otras aseguradoras (según corresponda) y de cumplir con las normas de “pagador de último recurso” de Medicaid.
- Aetna Better Health cubre los deducibles y el coseguro del miembro hasta el monto de reembolso máximo permitido que se hubiese pagado ante la ausencia de otra cobertura de seguro principal.
- Cuando el pagador de la responsabilidad de terceros (TPL) es una organización MCO/HMO comercial, la MCO es responsable de pagar el monto de copago completo del miembro.

Aetna Better Health garantiza que los miembros NO serán responsables de los pagos y copagos de ningún servicio cubierto de Medicaid, a menos que se deban pagar copagos independientemente de los demás pagos del seguro.

Para los niños con cobertura de seguro comercial, los proveedores deben facturarle primero al seguro comercial por los servicios de intervención temprana (Early Intervention, EI) cubiertos, excepto los siguientes:

1. Aquellos servicios que, según la ley federal, deban proporcionarse a expensas públicas, como en los siguientes casos:
 - a. evaluación/evaluación de intervención temprana (EI)
 - b. desarrollo o revisión del Plan de servicio familiar individualizado (IFSP)
 - c. administración de casos/coordinación de servicios orientados
2. Servicios de desarrollo.
3. Cualquier servicio de intervención temprana cubierto en los que la familia haya rechazado el acceso a su seguro de salud/médico privado.

Inscripción

Se requiere que las personas elegibles se inscriban en el programa. El DMAS y la Línea de ayuda de cuidado administrado administran la inscripción en el programa. Para participar, debe ser elegible para Medicaid. El programa permite implementar un proceso que acelera el acceso de los miembros a la coordinación de atención, al control de enfermedades, a las líneas de enfermería las 24 horas y al acceso a atención especializada. Esto tiene particular importancia para los miembros con necesidades de atención crónica, mujeres embarazadas y niños en cuidado adoptivo que necesitan acceso a la atención de inmediato.

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 Medicaid. También es posible que se lo haya asignado a nuestro plan si determinados proveedores que consulta están en nuestra red.

Cómo cambiar su plan de salud

Por aplicación móvil. Descargue la aplicación gratuita de Virginia Managed Care en su Android o iPhone para comparar los planes de salud, encontrar un proveedor o cambiar su plan de salud a Aetna Better Health of Virginia. Busque “Virginia Managed Care” en Google Play o en la App Store.

En línea. Visite virginiamanagedcare.com.

Por teléfono. Llame a la Línea de ayuda de cuidado administrado al **1-800-643-2273** (TTY: **1-800-817-6608**), de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 06:00 p. m. Los servicios de interpretación son gratuitos.

La asistencia a través de la Línea de ayuda de cuidado administrado puede ayudarlo a elegir el plan de salud que mejor se adapte a usted. Para obtener asistencia, llame a la Línea de ayuda de cuidado administrado al **1-800-643-2273** o visite el sitio web en **virginiamanagedcare.com**. La Línea de ayuda de cuidado administrado está disponible de lunes a viernes (excepto feriados estatales) de 08:30 a. m. a 06:00 p. m. Los operadores pueden ayudarle a comprender las elecciones de su plan de salud o responder sus preguntas sobre qué médicos y otros proveedores participan en cada plan de salud, entre muchos puntos de utilidad. Los servicios de la línea de ayuda son gratuitos y no están conectados con ningún plan de salud.

Puede cambiar su plan de salud durante los **primeros 90 días** de su inscripción por cualquier motivo. También puede cambiar su plan de salud una vez al año durante la inscripción abierta por cualquier motivo. 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”. La Línea de ayuda administra las solicitudes de cambio por una buena razón y responde cualquier pregunta que usted tenga. Comuníquese con la Línea de ayuda al **1-800-643-2273** o visite el sitio web en **virginiamanagedcare.com**.

Reinscripción automática

Si su inscripción con nosotros finaliza y recupera su elegibilidad para el programa dentro de los 60 días o menos, se lo reinscribirá automáticamente en Aetna Better Health. Recibirá una carta de reinscripción del Departamento de Servicios de Asistencia Médica.

Ventajas de elegir Aetna Better Health

Entre algunas de las ventajas, se incluyen las siguientes:

- Acceso a los administradores de atención de Aetna Better Health. Los administradores de atención de Aetna Better Health trabajan con usted y sus proveedores para asegurarse de que reciba la atención que necesita.
- La capacidad de tomar el control de su atención con la ayuda del equipo de atención y los administradores de atención de Aetna Better Health.
- Un equipo de atención y administradores de atención que trabajan con usted para encontrar un plan de atención diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de salud.
- 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 ayudarlo. Puede comunicarse con nosotros llamando al **1-800-279-1878** (TTY: **711**) en cualquier momento.

¿Por qué Aetna Better Health es una gran elección? 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 Aetna Better Health? Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. ¿Tiene alguna pregunta sobre sus beneficios o su atención? Nuestros enfermeros y representantes del Departamento de Servicios para Miembros están disponibles.

Presencia local, fuerza nacional

Aetna Better Health se compromete a mejorar la salud y las vidas de los miembros durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Simplemente llámenos cuando necesite ayuda. Aetna Better Health recibió la acreditación otorgada por el 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 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, que incluyen lo siguiente:

- Atención de la vista para adultos.
- Atención de la audición para adultos.
- Prevención del asma.
- Ayuda para respirar mejor.
- Atención de la diabetes de por vida.
- Entrega de comidas a domicilio.
- Control del peso.
- Teléfonos móviles gratuitos.
- Horario extendido del centro de llamadas del Departamento de Servicios para miembros: durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Medicina no tradicional.
- Incentivos para el examen Desarrollo de Educación General (General Educational Development, GED).

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health **1-800-279-1878** (TTY **711**)

Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

- Lecciones de natación.
- Ted E. Bear, M.D., Wellness Club para los niños.
- Examen físico para deportes para jóvenes.
- 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.

¿Qué es una evaluación de riesgos de salud?

Dentro de las primeras semanas posteriores a su inscripción en Aetna Better Health, un administrador de atención se comunicará con usted para hacerle algunas preguntas sobre sus necesidades y elecciones. 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 (Health Risk Assessment, HRA). Una HRA es una evaluación muy completa de su estado médico, psicosocial, cognitivo y funcional. Por lo general, un administrador de atención realiza la HRA **dentro de los primeros 30 a 60 días calendario** desde su inscripción en Aetna Better Health, según el tipo de servicios que usted requiere. Esta evaluación de riesgos de salud le permitirá a su administrador de atención ayudarlo a obtener la atención que necesita.

Período de transición de la atención

Si es nuevo en Aetna Better Health, puede conservar las citas y medicamentos con receta de su médico previamente autorizados o programados durante los primeros 180 días. Si su proveedor no está actualmente en la red de Aetna Better Health, se le podría solicitar que elija un proveedor nuevo que se encuentre en la red de proveedores de Aetna Better Health. Si su médico abandona la red de Aetna Better Health, le notificaremos dentro de los 15 días para que tenga tiempo de seleccionar a otro proveedor.

¿Qué sucede si tengo 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. Infórmele al Departamento de Servicios para miembros si tiene otro seguro para que podamos coordinar mejor sus beneficios. El Departamento de Servicios para miembros o los administradores de atención de Aetna Better Health también trabajarán con usted y su otro plan de salud para coordinar sus servicios.

3. Cómo obtener atención y servicios regulares

“Atención regular” significa exámenes regulares, controles de rutina, vacunas u otros tratamientos para mantenerlo saludable, recibir asesoramiento médico cuando lo necesite y remitirlo a un hospital o especialista cuando sea necesario. Asegúrese de llamar a su PCP cuando tenga una pregunta o inquietud médica. Si llama después del horario de atención o durante el fin de semana, deje un mensaje con información sobre dónde o cómo podemos comunicarnos con usted. Su PCP le regresará el llamado lo antes posible. Recuerde que su PCP lo conoce y conoce el funcionamiento del plan de salud.

Su atención debe ser médicamente necesaria. Los servicios que obtenga deben ser necesarios a fin de:

- Prevenir o diagnosticar y corregir lo que pudiera causar más sufrimiento.
- Afrontar un peligro para su vida.
- Lidiar con un problema que podría causar una enfermedad.
- Lidiar con algo que pudiera limitar sus actividades normales.

Cómo recibir atención de un proveedor de atención primaria (PCP)

Un 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 para coordinar la mayoría de los servicios que 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 a 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 si tiene preguntas sobre las remisiones o las autorizaciones previas.

Directorio de proveedores

Encuentre un proveedor cerca. Visite **[AetnaBetterHealth.com/Virginia](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia)** y seleccione **“Find A Provider”** (“Buscar un proveedor”) para acceder a nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea. También puede descargar una versión en PDF de nuestro directorio completo en **[AetnaBetterHealth.com/Virginia/Members/Provider-Directory](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia/members/provider-directory)**.

El Directorio de proveedores incluye un listado de todos los médicos, médicos especializados, hospitales, clínicas, farmacias, laboratorios, afiliaciones, adaptaciones para personas con discapacidades físicas, proveedores de salud conductual, direcciones de proveedores, números de teléfono, URL de sitios web y aceptación de pacientes nuevos (paneles abiertos o cerrados) que tienen contrato con Aetna Better Health. También podemos proporcionarle una copia en papel del Directorio de proveedores si lo solicita. Además, puede llamar al Departamento de Servicios para miembros de Aetna Better Health al número que aparece en la parte inferior de esta página para obtener asistencia.

Cómo elegir su PCP

Si no tiene un PCP, podemos ayudarlo a encontrar un PCP altamente calificado en su comunidad. A fin de obtener ayuda para buscar un proveedor, puede usar nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea en **[AetnaBetterHealth.com/Virginia](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia)**.

Debe buscar un médico que cumpla con lo siguiente:

- Lo conozca y entienda su afección médica.
- Acepte pacientes nuevos.
- Hable su idioma.
- Tenga las adaptaciones que usted necesita.

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

Las mujeres 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.

Si no elige un PCP para el día 25 del mes, antes de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura, Aetna Better Health lo inscribirá automáticamente con un PCP. Aetna Better Health le notificará por escrito quién es su PCP asignado. Deberá llamar al número del Departamento de Servicios para miembros que aparece en la parte inferior de la página para seleccionar un PCP nuevo.

Si su PCP actual no está en la red de Aetna Better Health

Puede seguir consultando a su PCP actual durante un período de **180 días**, incluso si su PCP no se encuentra dentro de la red de Aetna Better Health. Puede solicitar que su proveedor sea agregado a nuestra red. Trabajaremos con su proveedor para ayudarlo a inscribirse en Aetna Better Health. Si su proveedor no se une a la red de Aetna Better Health, su administrador de atención puede ayudarlo a encontrar un PCP en la red de Aetna Better Health dentro de los primeros 180 días desde su inscripción.

Una vez finalizado el **período de 180 días**, si no elige un PCP en la red de Aetna Better Health, elegiremos un proveedor por usted. De lo contrario, su proveedor deberá solicitar una autorización previa antes de prestarle cualquiera de los servicios que usted reciba.

Cómo obtener atención de otros 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, proveedores de salud conductual, proveedores de servicios a domicilio y comunitarios, proveedores de intervención temprana, proveedores de tratamiento de rehabilitación, proveedores de servicios de tratamiento de adicciones y recuperación, proveedores de atención médica a domicilio, proveedores de equipos médicos duraderos y otros tipos de proveedores. Aetna Better Health le proporciona opciones de proveedores y estos están ubicados de manera tal que no tenga que viajar muy lejos para consultarlos. Puede haber circunstancias especiales en las que deba viajar más; no obstante, eso debería ocurrir solo en pocas ocasiones.

Cómo cambiar su PCP

Puede visitar o llamar al Departamento de Servicios para miembros para cambiar su PCP en cualquier momento por otro PCP de nuestra red. Tenga en cuenta que es posible que su PCP abandone la red de Aetna Better Health. Le informaremos 15 días antes de la fecha en que su proveedor planea abandonar nuestra red. Nos complace ayudarlo a encontrar un PCP nuevo. La dirección web para nuestro programa del Departamento de Servicios para Miembros es **AetnaBetterHealth.com/Virginia**.

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 **1-800-279-1878** (TTY: **711**). Debe hacerlo antes de consultar a su médico nuevo.

Si recibimos su solicitud el día 15 del mes, o antes, el cambio se realizará el primer día de dicho mes. Si recibimos su solicitud después del día 15 del mes, deberá esperar hasta el primer día del mes siguiente para consultar a su PCP nuevo.

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 dicho PCP. Debe tener en cuenta las siguientes demoras para consultar a un proveedor:

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

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 de la solicitud.
- Tercer trimestre: (de 6 a 9 meses): dentro de los cinco (5) días hábiles de la solicitud.
- Embarazo de alto riesgo: dentro de los tres (3) días hábiles de la solicitud o de inmediato si hay una emergencia.

Debería poder programar una cita para salud conductual de la siguiente manera:

- Para emergencias que no ponen en riesgo la vida: dentro de las 6 horas de la solicitud.
- Para atención de urgencia: dentro de las 48 horas de la solicitud.
- Para consultas iniciales para atención de rutina: dentro de los 10 días hábiles.

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.

Estándares de tiempo de traslado 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 recibirlos de proveedores de la red. Si vive en un área urbana, no debería tener que viajar más de 30 millas o 45 minutos para recibir servicios. Si vive en un área rural, no debería tener que viajar más de 60 millas o 75 minutos para recibir servicios.

Estándares de tiempo de traslado y de distancia del miembro		
Estándar	Distancia	Hora
Área urbana PCP Especialistas*	15 millas 30 millas	30 minutos
Área rural PCP Especialistas*	30 millas 60 millas	60 minutos

*A menos que el especialista sea un obstetra o ginecólogo, en cuyo caso el tiempo de traslado no debería ser más de 45 minutos para cualquier miembro embarazada.

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 dificultad para conseguir una cita con un proveedor o para acceder a los servicios debido a una discapacidad, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece 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 **1-800-279-1878** (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 sucede si un proveedor abandona la red de Aetna Better Health?

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 pueden cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- De ser posible, le avisaremos con al menos 30 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 calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su proveedor dejará el plan, póngase en contacto con su administrador de casos para que podamos ayudarlo a encontrar un proveedor nuevo y a administrar su atención. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura a continuación.

¿Qué tipos de personas y lugares son 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
- Clínicas, hospitales y centros de atención de urgencia
- Proveedores para niños con necesidades de atención médica especiales
- Profesionales, terapeutas y asesores de salud conductual y abuso de sustancias

¿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. Puede utilizar el Directorio de proveedores y farmacias para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos.

Excepto en caso de una emergencia, usted debe obtener sus medicamentos con receta en una de nuestras farmacias de la red si quiere que el plan lo ayude a pagarlos. 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.

Servicios que puede obtener sin una remisión o autorización previa

No debe obtener una remisión de su PCP u obstetra/ginecólogo antes de consultar a otro proveedor de la red de Aetna Better Health. No obstante, debe hablar con su PCP para informarle que consultará a otro proveedor. Esto ayuda a su PCP a coordinar la atención. Es posible que algunos servicios deban tener una autorización previa. Consulte la Sección 11 de este manual para ver una lista de los servicios que se deben aprobar antes de que se los cubra.

4. Cómo obtener atención y servicios especializados

¿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.

¿Cómo accedo a un especialista de la red?

Para encontrar un especialista o proveedor participante, visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Virginia**. En algunos casos, su especialista puede ser su PCP. Puede limitar los resultados para una especialidad en particular, de ser necesario. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor o especialista que esté cerca de usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878** (TTY: **711**).

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

Es posible que algunos servicios de su especialista necesiten ser autorizados previamente. Consulte la Sección 11 de este manual para ver una lista de los servicios que se deben aprobar antes de que se los cubra.

Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

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. Es posible que algunos servicios deban tener una autorización previa.

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 un proveedor de la red de Aetna Better Health no puede proporcionar los servicios que usted necesita debido a objeciones morales o religiosas.
- Dentro de los primeros 180 días calendario de su inscripción, donde su proveedor no sea parte de la red de Aetna Better Health, pero lo haya tratado en el pasado.
- Si se encuentra en un hogar de convalecencia cuando se inscriba en Aetna Better Health y el hogar de convalecencia 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 apoyos a largo plazo. Consulte la Sección 14 de este manual para obtener información sobre qué es el monto pagado por el paciente y cómo saber si tiene uno.

Consulte la Sección 11 de este manual para ver una lista de los servicios que se deben aprobar antes de que se los cubra.

Cómo puede obtener 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.

5. Cómo obtener atención y servicios de emergencia

¿Qué es una 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. Una emergencia siempre es un servicio cubierto.

¿Qué debe hacer en caso de emergencia?

Si tiene una emergencia, ¡llame al 911 de inmediato! No necesita llamar a Aetna Better Health antes. 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, mantenga la calma.

Indíquelo al personal del hospital que usted es miembro de Aetna Better Health. Pídeles que llamen a Aetna Better Health al número de teléfono que aparece en el reverso de su identificación de miembro.

¿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 vida o salud.
- Un grave deterioro de las funciones corporales. O bien
- Una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo; o
- 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 trasladarla 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 a un tercero.

Ejemplos de casos que no son emergencias

Algunos casos que no son emergencias incluyen resfríos, dolor de garganta, malestar estomacal, cortes y hematomas leves o distensiones musculares. Si no está seguro, llame a su PCP o la Línea de asesoramiento médico de Aetna Better Health al **1-800-279-1878** (TTY: **711**) durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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 o de viaje. Si esto sucede, acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano. Puede utilizar cualquier hospital para recibir atención de emergencia. Muéstrela al personal su identificación de miembro de Aetna Better Health. Diga que está inscrito en el programa de Aetna Better Health.

¿Qué cobertura tiene en caso de una emergencia?

Aetna Better Health cubre atención de emergencia apropiada cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a una sala de emergencias, nuestro plan la cubre. 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

Llame a Aetna Better Health al **1-800-279-1878** (TTY: **711**) para notificarnos sobre la emergencia dentro de las 48 horas o tan pronto como pueda. No tendrá que pagar por los servicios de emergencia si demora en avisarnos sobre su consulta de emergencia. Su aviso nos permite hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Su administrador 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 al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health al **1-800-279-1878** (TTY: **711**). Este número también figura en el dorso de su identificación de miembro.

Después de una emergencia

Aetna Better Health proporcionará la atención de seguimiento necesaria, incluidos los proveedores fuera de la red, 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 que continúe mejorando. El plan cubre la atención de seguimiento.

Si está hospitalizado

Si está hospitalizado, un familiar o amigo debe comunicarse con Aetna Better Health lo antes posible. Al mantener a Aetna Better Health informado, su administrador 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 administrador de atención también mantendrá informado a su equipo médico, incluidos los proveedores de servicios de atención médica a domicilio, sobre sus planes y tratamiento hospitalarios.

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

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.

No obstante, después de que el médico diga que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional solo si sucede lo siguiente:

- Acude a un proveedor de la red.
- La atención que recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las normas para obtener la atención de urgencia. (Consulte Atención de urgencia en la Sección 6 de este manual).

6. 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 es una emergencia pero que debe tratarse de inmediato. Por ejemplo, es posible que tenga una afección preexistente que empeora y necesita ser tratada de inmediato. Otros ejemplos de atención de urgencia son casos de desgarró, distensión, sarpullido, infección, 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 urgencia con los que trabajamos en nuestro Directorio de proveedores y farmacias, disponible en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia.

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

7. Cómo obtener 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

Generalmente, Aetna Better Health cubrirá los medicamentos siempre y cuando usted cumpla con las normas de esta sección.

1. Debe tener un médico u otro proveedor que le emita recetas. Esta persona es a menudo su proveedor de atención primaria (PCP). También puede ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria lo ha remitido. Un médico o proveedor dentro de la red debe emitir las recetas para las sustancias controladas.

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, es posible que podamos cubrirlo al brindarle una autorización.
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 o avalado por ciertos libros de referencia.

Cómo obtener sus recetas

En la mayoría de los casos, Aetna Better Health pagará los medicamentos con receta 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 en nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Virginia** o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página.

Para obtener el medicamento con receta, muestre su tarjeta de identificación de miembro en la farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará 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 medicamento con 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.

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 le indica 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 consultar la lista en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Virginia**. También 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, visite **AetnaBetterHealth.com/Virginia** o llame al **1-800-279-1878** (TTY: **711**).

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 pueda recibir algunos medicamentos.

Límites respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Algunos medicamentos con receta tienen normas especiales sobre cómo y cuándo los cubrimos. De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz, así como también asequible.

Si hay una norma especial para el medicamento que se le recetó, 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 transición de la atención en la Sección 11 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 180 días después de inscribirse por primera vez, lo que sea anterior. Consulte el apartado Período de transición de la atención en la Sección 11 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 el apartado Su derecho a apelar en la Sección 12 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 para usted, 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 restricciones 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 **[AetnaBetterHealth.com/Virginia](https://www.aetnabetterhealth.com/Virginia)**.

Suministro de emergencia

Puede haber casos en los 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

Existen algunos tipos de medicamentos que, por ley, no están cubiertos por Medicaid ni por Medicare. Entre estos medicamentos se incluyen los siguientes:

- 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 o el aumento de peso.
- Todos los medicamentos de la Implementación del estudio de la eficacia de los medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, 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 con receta 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 de la red 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 administrador 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 administrador 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. Las farmacias especializadas incluyen a las farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar. 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 normalmente requieren 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.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros al número que aparece en la parte inferior de la página para obtener información sobre los beneficios. O bien, llame a su administrador de atención si necesita ayuda con sus medicamentos.

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

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar las farmacias 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 nuestro servicio de pedido por correo están marcados como medicamentos de “pedido por correo” en nuestra Lista de medicamentos. Nuestro servicio de pedido por correo le permite solicitar un suministro para 90 días como máximo.

Para solicitar formularios de pedido e información acerca de cómo obtener sus recetas por correo, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su administrador de atención al **1-800-279-1878** (TTY: **711**) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Puede solicitar un formulario de pedido por correo o puede registrarse en línea en CVS Caremark en www.caremark.com.

¿Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos?

Si un medicamento figura como medicamento de mantenimiento en nuestra lista de medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo de dicho medicamento. En el Directorio de proveedores y farmacias, se detallan qué farmacias de la red proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de la página. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo 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 si sucede lo siguiente:

- Obtiene un medicamento con receta en relación con la atención de emergencia.
- 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 intenta obtener un medicamento con receta que habitualmente no está en el inventario de una farmacia minorista accesible de la red o en una farmacia que brinde servicios de pedido por correo (estos medicamentos con receta incluyen medicamentos huérfanos u otros medicamentos de una especialidad farmacéutica).
- Se encuentra de viaje 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.
- 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. Si debió comprar un medicamento en una farmacia fuera de la red debido a un desastre federal, podría enviarnos una solicitud para que le hagamos un reembolso.

Si alguno de los casos anteriores se aplica a usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878** (TTY: **711**) para consultar si hay alguna farmacia de la red cerca de usted.

Administración de uso

Declaración afirmativa de administración de uso acerca de los incentivos

Entendemos que los miembros quieren tener la seguridad de que reciben la atención y los servicios médicos que mejor se adapten a ellos. Contamos con políticas que nuestros profesionales, proveedores y personal siguen para garantizar que usted reciba la atención y los servicios médicos adecuados en el lugar adecuado. Nuestro personal de administración de uso (Utilization Management, UM) utiliza criterios de revisión clínicos, pautas prácticas y políticas escritas para tomar estas decisiones. Las decisiones sobre el uso se toman en función de las siguientes razones:

- Los servicios solicitados son médicamente necesarios.
- Los servicios solicitados están cubiertos.
- No utilizamos incentivos para fomentar impedimentos en la atención o el servicio, ni para recompensar limitaciones inadecuadas de la atención. Esto se denomina declaración afirmativa.
- Queremos que sepa lo siguiente:

- Las decisiones sobre la administración de uso se basan solo en la adecuación de la atención y los servicios y en si están cubiertos o no.
- No recompensamos ni pagamos a nuestra red de proveedores o a los empleados para que rechacen revisiones.
- No se ofrecen incentivos económicos para fomentar un nivel bajo de uso.

Queremos asegurarnos de que cada miembro reciba la atención adecuada, en el momento adecuado y en el lugar adecuado. Si necesita ayuda para comprender esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878** (TTY: **711**).

¿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 (Patient Utilization Management and Safety, 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 inclusión 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 Apelaciones, audiencias imparciales del estado y reclamos en la Sección 12 de este manual.

Si participa en el programa PUMS, puede obtener medicamentos con receta 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 administrador de atención si tiene preguntas sobre PUMS.

8. Beneficios

Normas generales de cobertura

Para recibir cobertura de los servicios, debe cumplir los siguientes requisitos generales de cobertura:

1. Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Por lo general, médicamente necesario significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para evitar que empeore.
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 3 tiene información sobre estos servicios. La Sección 4 tiene más información sobre cómo utilizar los proveedores de la red y fuera de la red.
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 11 incluye más información sobre las autorizaciones de servicio.
4. Los proveedores de Aetna Better Health presentarán la mayoría de las reclamaciones por usted. Es posible que usted deba presentar reclamaciones si recibe atención fuera de la red de Aetna Better Health. Puede obtener el formulario de reclamaciones llamando al Departamento de Servicios para miembros al número que aparece debajo. Envíe sus reclamaciones a la siguiente dirección:
Aetna Better Health of Virginia
P.O. Box 63518
Phoenix, AZ 85082-3518
5. Si es nuevo en Aetna Better Health, puede seguir consultando a los médicos a los que consulta ahora durante los primeros **180 días**. También puede seguir recibiendo sus servicios autorizados durante la vigencia de la autorización o durante los **180 días** posteriores a su inscripción por primera vez, lo que suceda antes. Además, consulte el apartado Período de transición de la atención en la Sección 11.

Beneficios cubiertos a través de Aetna Better Health

Cuando sea médicamente necesario, Aetna Better Health cubrirá los siguientes servicios:

- Atención médica de rutina, como las consultas en el consultorio de su PCP o de especialistas, los exámenes, etc. (Consulte la Sección 3 de este manual para obtener más información sobre los servicios del PCP).
- Atención preventiva, incluidos controles regulares y cuidado del bienestar del bebé/niño. (Consulte la Sección 3 de este manual para obtener más información sobre los servicios del PCP).
- Servicios de adicción, recuperación y tratamiento (Addiction, Recovery and Treatment Services, 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 servicios de ARTS.

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health **1-800-279-1878** (TTY 711)

Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

- Se cubren los servicios de salud conductual, incluidos los servicios de psicoterapia individual, familiar y grupal para pacientes internados y pacientes externos.
- Servicios clínicos.
- Prueba de detección de cáncer colorrectal.
- Servicios ordenados por un tribunal.
- Equipos médicos duraderos (DME) y suministros.
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (Early and Periodic Screening Diagnostic and Treatment, 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 diseñados para satisfacer las necesidades de desarrollo de niños y familias, y para mejorar el desarrollo de los niños desde el nacimiento hasta el día anterior a su tercer cumpleaños. 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 las Secciones 5 y 6 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 ni remisiones 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.
- 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.
- Pruebas de detección de plomo e investigaciones.
- 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.
- 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 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 maternos.
- Medicamentos con receta. Para obtener más información sobre los servicios de farmacia, consulte la Sección 7 de este manual.
- Servicios de atención de enfermería privada (a través de EPSDT) para personas menores de 21 años.
- 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.

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health **1-800-279-1878 (TTY 711)**

Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

- 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. Más adelante en esta sección del manual encontrará información adicional sobre los servicios de transporte.
- Servicios de la vista.
- Consultas de bienestar: llame al PCP y coordine un horario para un control.
 - No bien reciba su identificación de miembro, incluso si no está enfermo. Es importante que su PCP pueda 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.
- Servicios de aborto solo en casos en los que existe o existiría un peligro considerable para la vida de la madre.

Beneficios adicionales para miembros de Aetna Better Health

Como miembro de Aetna Better Health, tiene acceso a servicios que generalmente no están cubiertos por el pago por servicio de Medicaid. A estos servicios se los conoce como “beneficios mejorados”.

Brindamos los siguientes beneficios mejorados:

Atención de la vista para adultos

- Examen de la vista y \$100 para anteojos o lentes de contacto por año.
- A partir del 1 de enero de 2022:** examen de la vista y \$250 para anteojos o lentes de contacto por año.

Atención de la audición para adultos

- Examen y un audífono por año, además de consultas ilimitadas para ajustes de audífono (límite de \$500 por año)
- A partir del 1 de enero de 2022:** examen de la audición y \$1,500 para audífonos más 60 baterías por año. Se incluyen consultas ilimitadas para ajustes de audífonos.

Transporte

- 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 Departamento de Servicios Sociales (DSS), el Departamento de Vehículos Motorizados (DMV), el programa Mujeres, bebés y niños (WIC), la Oficina del Seguro Social y más.

Bebés y mamás saludables	<ul style="list-style-type: none"> Programa de incentivos de la maternidad Baby Matters con una tarjeta de regalo de \$50 y 300 pañales gratis, más <i>baby showers</i> virtuales y cunas portátiles para los asistentes Ted E. Bear, M.D. Wellness Club Clases de natación para jóvenes gratuitas Examen físico para deportes para jóvenes gratuito
Teléfono y herramientas en línea	<ul style="list-style-type: none"> Teléfono inteligente con minutos y mensajes de texto ilimitados, más 10 GB de datos al mes Departamento de Servicios para Miembros durante las 24 horas, los 7 días de la semana Línea de enfermería las 24 horas
Programa de bienestar	<ul style="list-style-type: none"> Programa de asma con un segundo inhalador o nebulizador, más limpieza de camas y alfombras Programa Atención de la diabetes de por vida Control del peso Tarjeta de recompensas de bienestar
Otros beneficios	<ul style="list-style-type: none"> Entrega de comidas a domicilio después del alta (2 comidas por día durante 7 días) Certificado del Diploma de equivalencia general (GED)

Para obtener más detalles sobre sus beneficios, consulte su Manual para miembros. Puede acceder al manual a través de nuestro sitio web AetnaBetterHealth.com/Virginia. Puede llamarnos al 1-800-279-1878 (TTY: 711) para pedirnos que le enviemos una copia impresa, sin costo alguno. Le enviaremos una copia impresa en un plazo de cinco días hábiles. Puede solicitar el manual, también sin costo, en un idioma que no sea el inglés o en otros formatos, como audio, letra grande o braille.

La información sobre beneficios cubiertos en este folleto es un resumen breve. No tiene como fin ofrecer una descripción completa de todos los beneficios que tiene a su disposición. Se pueden aplicar limitaciones y restricciones. Es posible que se apliquen ciertos copagos para miembros de FAMIS.

Recompensas de bienestar

Puede ganar tarjetas de regalo por cada paso que dé para estar saludable. Realmente vale la pena controlar su salud.

Pruebas de detección

- \$15: mamografía
- \$15: Prueba de detección de cáncer de cuello de útero

Cuidado durante el embarazo y el parto

- \$50: obtenga recompensas por asistir a las consultas prenatales y posnatales.

Ted E. Bear, M.D. Wellness Club

Obtención de recompensas por recibir atención importante para niños, como examen de bienestar, vacunas (según sea necesario), asesoramiento sobre peso y nutrición, así como controles de crecimiento y desarrollo. Asegúrese de que el proveedor complete el [formulario de incentivos](#) durante su consulta.

- Entre los 0 y los 4 años: \$10
- Entre los 5 y los 10 años: \$15
- Entre los 11 y los 13 años: \$20
- Entre los 14 y los 17 años: \$25

Los premios apropiados para la edad también están disponibles una vez que se inscriba en nuestro Ted E. Bear M.D. Wellness Club:

- Entre los 0 y los 4 años: oso de felpa Ted E. Bear, platos de porciones, tazas con popote, mamelucos
- Entre los 5 y los 10 años: libro para colorear, crayones/lápices de colores, bolsos con cierre de cordel, cuerda para saltar
- Entre los 11 y los 13 años: llavero/llavero con luces, botella de agua, auriculares, cable para carga 3 en 1
- Entre los 14 y los 17 años: anillo de soporte para celular, cable para carga 3 en 1, paraguas plegable, memoria USB, banda para hacer ejercicio

Límite: dos por miembro.

Si tiene alguna pregunta sobre estos beneficios, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página.

¿Qué SON los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)?

Los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) son una ley federal (Título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR], sección 441.50 y siguientes) que exige que los programas estatales de Medicaid garanticen que los problemas médicos de personas menores de 21 años se diagnostiquen y traten lo antes posible, antes de que el problema empeore y el tratamiento se torne más complejo y costoso.

EPSDT promueve la evaluación temprana y universal de las necesidades de atención médica de los niños a través de pruebas de detección periódicas y servicios de diagnóstico y tratamiento de la visión, dentales y auditivos. Los beneficios incluyen los siguientes:

- Servicios para atención de enfermería.
- Tratamientos personalizados específicos para problemas de desarrollo.
- Acceso a servicios excluidos.

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health **1-800-279-1878 (TTY 711)**

Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

- Terapia conductual para pacientes internados que reciben tratamiento por abuso de sustancias (cuando sea médicamente necesario).
- Ensayos clínicos como parte de los servicios de EPSDT, solo cuando no haya un estándar eficaz aceptable disponible (evaluado según cada caso).

EPSDT promueve la evaluación temprana y universal de las necesidades de atención médica de los niños a través de pruebas de detección periódicas y servicios de diagnóstico y tratamiento de la visión, dentales y auditivos. Las pruebas de detección de EPSDT son realizadas por médicos o profesionales en enfermería certificados y pueden hacerse en las siguientes situaciones:

- Pruebas de detección/controles de bienestar del niño (EPSDT/pruebas de detección periódicas): control que se realiza con regularidad.
- Consultas por enfermedad (EPSDT/pruebas de detección interperiódicas): control no programado o evaluación enfocada en un problema que puede realizarse en cualquier momento debido a la enfermedad del niño o un cambio en su afección.

También cubrimos todos los servicios que se consideren necesarios para corregir o mejorar cualquier defecto u afección identificados. Los servicios tienen cobertura disponible en virtud de EPSDT incluso si el servicio no está disponible en virtud del plan de Medicaid del estado para el resto de la población de Medicaid. Todos los servicios de tratamiento requieren autorización de servicio (antes de que el proveedor preste el servicio).

Cómo acceder a la cobertura de 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 de EPSDT 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.

Cómo acceder a la cobertura de servicios de intervención temprana (EI)

Si tiene un bebé menor de 3 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. Los servicios de intervención temprana incluyen servicios que están diseñados para satisfacer las necesidades de desarrollo de un bebé o infante con una discapacidad en una o más de las siguientes áreas: física, cognitiva, comunicación, social o emocional o desarrollo adaptativo. Los servicios incluyen terapia del habla, fisioterapia y terapia ocupacional. El primer paso es reunirse con el programa local 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 lo siguiente:

1. Un retraso del desarrollo del 25% en una o más áreas de desarrollo.
2. Desarrollo atípico.
3. Una afección física o mental diagnosticada que tiene una alta probabilidad de desencadenar en un retraso del desarrollo.

Para obtener más información, llame a su administrador de atención. Si su hijo está inscrito en Aetna Better Health, brindamos cobertura para servicios de intervención temprana, incluida asistencia con el transporte y programación de citas.

Su administrador 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**.

Cuidado adoptivo y asistencia para la adopción

Aetna Better Health puede proporcionarles a las personas que se encuentran en cuidado adoptivo o que reciben asistencia para la adopción remisiones para proveedores, planificación de transición (para usted que está por abandonar el programa de cuidado adoptivo) y coordinación de atención.

Aetna Better Health tiene un equipo de administración de la atención que se especializa en estos servicios y en trabajar con los Departamentos de Servicios Sociales locales para ayudar a navegar recursos de atención médica y de salud conductual y otros recursos. Para obtener más información sobre estos recursos, llame al Departamento de Servicios para miembros y pida hablar con un miembro de nuestro Equipo de cuidado adoptivo de administración de la atención.

Cómo acceder a los servicios de salud para la madre y el bebé con su cobertura de atención médica de Medicaid o FAMIS MOMS

Es muy importante que reciba atención médica de forma temprana durante su embarazo. Aetna Better Health cubre los servicios prenatales y maternos para ayudarla a tener un embarazo saludable y un bebé saludable.

Aetna Better Health tiene programas para mujeres embarazadas que incluyen lo siguiente:

- Servicios prenatales y posparto
- Programas relacionados con el embarazo y para bebés
- Servicios para tratar cualquier afección médica que pudiera complicar el embarazo
- Asesoramiento sobre lactancia y extractores de leche
- Sesiones para dejar de fumar
- Pruebas de detección de depresión posparto

Programa de maternidad de Aetna Better Health

Baby Matters es un programa de maternidad de Aetna Better Health of Virginia dirigido a mujeres embarazadas y niños de hasta 2 años. El programa está diseñado para empoderar a las mujeres durante su embarazo al proporcionarles servicios de salud apropiados e información para mejorar e impactar la calidad de sus necesidades de atención médica. Nuestro programa Baby Matters le brinda a la miembro educación para mejorar los resultados del embarazo. También ayudamos a controlar un embarazo de alto riesgo. Trabajamos en conjunto con su médico para decidir, mediante una prueba de detección de riesgo, si necesita estos servicios adicionales. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Clases de educación para el paciente.
- Evaluación y asesoramiento nutricionales por parte de un nutricionista certificado.
- Servicios de personas para tareas domésticas si su médico le indicó hacer reposo.
- Coordinación de recursos comunitarios para clases como parto y crianza.

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health **1-800-279-1878 (TTY 711)**

Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

- Control de seguimiento para confirmar que esté recibiendo la atención que necesita.
- Orientación y apoyo durante el embarazo.
- Medidores de glucosa en sangre.
- Análisis de VIH.
- Coordinación para obtener tratamiento residencial o diurno para abuso de sustancias, y transporte para recibir dichos servicios.

Inscripción de recién nacidos

Los bebés cuyas madres están inscritas en Aetna Better Health serán inscritos automáticamente en Aetna Better Health. El bebé tendrá cobertura durante el mes del nacimiento más dos meses adicionales, incluso si usted no permanece inscrita en nuestro plan.

Una vez que tenga a su bebé, deberá inscribirlo lo más rápido posible en Medicaid. Las normas de elegibilidad de Medicaid garantizan una inscripción continua para su bebé hasta por 12 meses después del nacimiento. Es muy importante que llame a su Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) de su localidad para informar el nacimiento de su hijo y obtener una identificación de miembro de Medicaid/FAMIS Plus para su bebé.

Puede hacer esto de las siguientes maneras:

- Llame al centro de llamadas de Cover Virginia al **833-5CALLVA** para informar el 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
- Sexo
- Nombre de la madre del bebé y su número de identificación de Medicaid

Si su bebé no tiene un número de identificación de Medicaid/FAMIS Plus al finalizar el tercer mes posterior al nacimiento, su bebé perderá la cobertura.

Cómo acceder a los servicios de planificación familiar

La planificación familiar incluye 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 le solicita que obtenga una remisión antes de elegir un proveedor de planificación familiar.

Aetna Better Health no cubre servicios para tratar la infertilidad o estimularla.

Cómo acceder a los servicios de salud conductual

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. 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.

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 administrador de atención si tiene problemas para lidiar con sus pensamientos y sentimientos. Su administrador 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. El Departamento de Servicios para miembros de Aetna Better Health puede ayudar a coordinar los servicios que usted necesita, incluidos aquellos que se proporcionan a través del BHSA.

Algunos servicios de salud conductual requieren autorización previa, incluidos los siguientes:

- Servicios para pacientes externos en el consultorio de un psiquiatra o psicólogo clínico con licencia, en departamentos 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. Los planes deben cumplir con los requisitos de la Ley Federal de Paridad para la Salud Mental y Equidad Frente a la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA).
- Servicios de tratamiento médicamente necesarios por abuso de sustancias y salud mental individuales, familiares y grupales para pacientes externos.
- Servicios hospitalarios de salud conductual para pacientes internados, incluidas hospitalizaciones para 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 relacionadas con una enfermedad psiquiátrica aparente o diagnosticada y son parte del plan de tratamiento de sus médicos.
- 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, si sucede lo siguiente:
 - Los servicios son proporcionados por un médico o proveedor cuya especialidad es el diagnóstico y tratamiento de maltrato y negligencia infantil.
 - Los servicios son proporcionados por un médico o proveedor que tiene experiencia similar y cumple con estas normas, según lo verificado por DMAS.
- 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 a causa de una prueba de EPSDT, se debe completar una certificación de la necesidad de atención, según lo exigen 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 **1-800-279-1878** (TTY: **711**) para obtener más información u obtener la autorización previa.

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

La adicción es una enfermedad médica, al igual que la diabetes, contra la que muchas personas luchan. Aetna Better Health ofrece una variedad de servicios de adicción que ayudan a las personas que luchan contra el abuso de sustancias, como las drogas y el alcohol.

Si necesita tratamiento por una adicción, brindamos servicios que pueden ayudarlo, sin importar qué tan grave parezca ser el problema. Estos servicios incluyen entornos de tratamiento residenciales, basados en la comunidad, para pacientes internados y para pacientes externos. También se encuentran disponibles opciones de tratamiento asistido con medicamentos si está lidiando con el uso de medicamentos con receta 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 la atención. Hable con su PCP o llame a su administrador 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 administrador de atención o comunicarse con el Departamento de Servicios para miembros a uno de los números que aparecen más abajo.

Para obtener más información sobre cómo obtener ARTS, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878** (TTY: **711**). 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

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health **1-800-279-1878** (TTY **711**)

Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

- Servicios residenciales de alta intensidad administrados clínicamente
- Servicios intensivos para pacientes internados controlados médicamente
- Servicios intensivos para pacientes internados administrados médicamente

Cómo acceder a los servicios de transporte que no sean de emergencia

Servicios de transporte cubiertos por Aetna Better Health

Los servicios de transporte que no sean de emergencia están cubiertos por Aetna Better Health para servicios cubiertos, servicios excluidos y beneficios mejorados. Aetna Better Health ofrece servicios de transporte que no sea de emergencia para los beneficios cubiertos, tales como consultas de la visión, dentales, de salud conductual y salud médica. Estos servicios de transporte pueden proporcionarse si usted necesita consultar a un médico o acudir a un centro de atención médica y no tiene otra forma de llegar allí.

El transporte se cubre si su farmacia no ofrece servicio entrega o no envía por correo los medicamentos con receta o la receta no puede surtirse en el centro médico. Por lo general, los medicamentos con receta deben obtenerse inicialmente en el viaje de regreso de la cita médica. No se cubre el transporte para retirar medicamentos con receta y resurtidos en una farmacia si los medicamentos pueden ser entregados o enviados por correo.

En caso de emergencia, llame al **911**. Consulte el apartado Cómo obtener atención para emergencias en el Capítulo 5 de este manual.

Para citas médicas urgentes o que no sean de emergencia, llame a la línea de reserva de transporte al **1-800-734-0430**. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878** (TTY: **711**) si tiene algún problema para conseguir transporte para sus citas. Debe llamar tres días hábiles antes de su cita o no podremos garantizarle el traslado.

9. Servicios no cubiertos

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.
- Suicidio asistido.
- Determinados medicamentos de eficacia no comprobada.
- Determinados procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico experimentales.
- Servicios de quiropráctica.
- Enfermeros de la Ciencia Cristiana.
- Tratamientos o cirugías estéticos.
- Cuidado diurno, incluidos servicios de cuidado para las personas de edad avanzada (excepto en algunas exenciones de servicios a domicilio y comunitarios).
- Medicamentos recetados para tratar la pérdida de cabello o para blanquear la piel.
- Abortos electivos.
- Medicamentos para la disfunción eréctil.
- Procedimientos experimentales o de investigación.

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health **1-800-279-1878** (TTY **711**)

Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

- Reparación de anteojos para miembros de 21 años o más. (Los anteojos o lentes de contacto están cubiertos como un beneficio mejorado de 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 proporcionados mientras estaba encarcelado.
- Programas clínicos para la pérdida de peso, a menos que estén autorizados.
- Atención recibida fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Si recibe servicios no cubiertos

Si recibe servicios no cubiertos, Aetna Better Health solo cubrirá sus servicios cuando esté inscrito en nuestro plan y se cumpla con lo siguiente:

- Los servicios sean médicamente necesarios.
- Los servicios estén incluidos en el apartado de Beneficios cubiertos por Aetna Better Health en la Sección 8 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, será responsable de pagar el costo total de los servicios recibidos. Tiene derecho a preguntarnos si no está seguro y desea saber si pagaremos por un servicio médico o atención. También puede llamar al Departamento de Servicios para miembros o a su administrador 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 12 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.

10. Servicios cubiertos a través del pago por servicio de Medicaid

El DMAS le proporcionará cobertura para los servicios que se indican a continuación. Estos servicios son conocidos como “servicios excluidos”. Usted permanece en Aetna Better Health cuando recibe estos servicios. Su proveedor le factura al programa de pago por servicio de Medicaid (o su contratista) por estos servicios.

Servicios excluidos

- Los servicios dentales se prestan por medio del administrador de beneficios dentales del DMAS.
 - El DMAS tiene un contrato con un administrador de beneficios dentales del DMAS 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 mujeres embarazadas: radiografías y exámenes, limpiezas, empastes, tratamientos de conducto, tratamientos relacionados con las encías, coronas, dentaduras parciales, dentaduras postizas, extracciones dentales, otras cirugías bucales y otros servicios generales adecuados. El tratamiento de ortodoncia no está incluido. La cobertura dental finaliza el último día del mes posterior al día número 60 desde el nacimiento del bebé.
- Para adultos de 21 años o más, la cobertura dental incluye limpiezas, radiografías, exámenes, empastes, dentaduras postizas, tratamientos de conducto, tratamientos relacionados con las encías, cirugías bucales y más.

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 de TTY es **1-800-466-7566**. Podrá encontrar información adicional del programa en <https://www.dmas.virginia.gov/for-members/benefits-and-services/dental/>.

Aetna Better Health proporciona cobertura para transporte que no sea de emergencia para cualquier servicio dental cubierto a través del administrador de beneficios dentales del DMAS, según se describe anteriormente. Comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros de Aetna Better Health al número que aparece 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.

- 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 y gratuita, que incluya educación especial y servicios relacionados en función del Programa de educación individualizado (Individualized Education Program, 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.

Servicios que finalizarán su inscripción

Si recibe alguno de los servicios que se indican a continuación, finalizará su inscripción con Aetna Better Health y recibirá los servicios del programa de pago por servicio de Medicaid mientras siga siendo elegible para Medicaid.

- Recibe atención en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales.
- Recibe atención en un centro para el tratamiento psiquiátrico residencial de nivel C (niños menores de 21 años).
- Recibe atención en un centro de atención de enfermería.
- Recibe atención en un centro de atención a largo plazo.
- Comienza a recibir o recibe atención de hospicio.

11. Procedimiento de autorización de servicio

Explicación de las autorizaciones de servicio

Algunos tratamientos, servicios y medicamentos requieren aprobación antes de que usted los reciba o para que pueda seguir recibéndolos. Esto se denomina autorización de servicio. Su médico presenta las solicitudes de autorizaciones de servicio.

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

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, incluida la atención 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

Aetna Better Health no remunera a empleados, asesores o 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.

Llame al Departamento de Servicios para miembros al número que aparece a continuación para obtener más información sobre cómo solicitar la aprobación de estos tratamientos y servicios.

Autorizaciones de servicio y transición de la atención

Si es un miembro nuevo de Aetna Better Health, le otorgaremos cualquier aprobación de autorización de servicio realizada por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica o emitida por otro plan durante período de **180 días** (o hasta que la autorización finalice si sucede antes del período de 180 días).

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 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 nuestro clínico no la puede aprobar, un médico de Aetna Better Health la 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 y le enviaremos a usted un aviso por escrito de nuestra decisión.
4. Si decidimos aplicar una denegación, reducción, suspensión o finalización de los servicios, le enviaremos un aviso por escrito. 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. (Consulte el apartado Su derecho a apelar en la Sección 12 de este manual).
6. En cualquier momento, usted y su proveedor pueden solicitar una copia de los criterios clínicos que se utilizaron para tomar una decisión negativa con respecto a los servicios médicos.

¿Qué sucede después de presentar una 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 está conformado por médicos y enfermeros. 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.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos conforme a un proceso de revisión estándar o acelerada (rápida). Usted o su médico pueden solicitar una revisión acelerada si considera que una demora puede poner su salud en grave peligro. Si se deniega su solicitud de revisión acelerada, se lo informaremos y su caso será manejado conforme al proceso de revisión estándar.

Plazos para la revisión de autorización de servicio

En todos los casos, revisaremos su solicitud lo antes posible, según lo requiera su afección médica, pero en un plazo que no supere la fecha mencionada más abajo.

Servicios de salud física y conductual	Plazos para la revisión de autorización de servicio
Servicios hospitalarios para pacientes internados (proceso de revisión estándar o acelerado)	Antes de las setenta y dos (72) horas después de la recepción de la solicitud del servicio. Podríamos extender el plazo de setenta y dos (72) horas en hasta catorce (14) días calendario si el miembro solicita una extensión o justificaremos ante el DMAS la necesidad de información adicional y cómo la extensión es para beneficio del miembro.
Servicios para pacientes externos (proceso de revisión estándar)	Dentro de los catorce (14) días calendario desde la recepción de la solicitud del servicio, con una posible extensión de hasta catorce (14) días calendario adicionales si el miembro o el proveedor solicitan la extensión.
Servicios para pacientes externos (proceso de revisión acelerada)	Dentro de las 72 horas desde la recepción de su solicitud o tan rápido como la afección lo requiera.

Servicios de farmacia	Plazos para la revisión de autorización de servicio
Servicios de farmacia	Debemos proporcionar las decisiones por teléfono o por otro dispositivo de telecomunicación dentro de las 24 horas.
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 presentar una solicitud de autorización por el medicamento con receta.	

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada 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 sobre una revisión acelerada, los llamaremos a usted o a su proveedor de inmediato y les enviaremos un aviso por escrito más adelante.
- Les 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. Esto puede hacerse llamando al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health al **1-800-279-1878** (TTY: **711**).

Usted o una persona en la que confía pueden presentar un reclamo a Aetna Better Health si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su solicitud. Usted o una persona en la que confía también pueden presentar un reclamo 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 cuidado administrado al **1-800-643-2273**. Consulte además Su derecho a presentar un reclamo en la Sección 12 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 Su derecho a apelar en la Sección 12 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 Su derecho a apelar en la Sección 12 de este manual.

Continuación de la atención

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 ahora está recibiendo, debemos informarle al menos 10 días antes de que realicemos cambios en el servicio.

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.

12. Apelaciones, audiencias imparciales del estado y reclamos (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, el pago de los servicios o la necesidad médica.

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 que usted 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 recibéndolos. 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 Autorización de servicio y determinación de beneficios en la Sección 11 de este manual.

Cómo presentar su apelación

Si no está satisfecho con una decisión que tomamos sobre su solicitud de autorización de servicio, tiene 60 días calendario desde la fecha que figura en la determinación adversa de beneficios 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 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
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Teléfono: **1-800-279-1878** (TTY: **711**)

Fax: **866-669-2459**

Si presenta la apelación estándar por teléfono, debe también enviarla por escrito. Las apelaciones aceleradas 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 se vuelve a denegar su apelación, **quizás deba pagar el costo de cualquier beneficio continuado que recibió si los servicios se proporcionaron únicamente debido a los requisitos descritos en esta sección.**

Qué sucede después de que recibimos su apelación

Dentro de tres (3) días hábiles, 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 decidir 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 a:

Aetna Better Health of Virginia
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Fax: **866-669-2459**

También puede llamar al Departamento de Servicios para miembros a uno de los números que aparecen más abajo si no está seguro de qué información darnos.

Plazos para apelaciones

Apelaciones estándares

Si tenemos toda la información que necesitamos, le informaremos sobre nuestra decisión dentro de los treinta (30) días de recibida su solicitud de apelación. Le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión dentro de los dos (2) días calendario desde la fecha en que tomamos nuestra decisión.

Apelaciones aceleradas

Si tenemos toda la información que necesitamos, las apelaciones aceleradas se tomarán dentro de las **72 horas** de recibida su apelación y enviaremos un aviso por escrito. A su vez, intentaremos proporcionar un aviso oral en este plazo. Si necesitamos documentación adicional o si una demora en la toma de la decisión es, para su conveniencia, el plazo para una apelación acelerada, el plazo puede incrementarse hasta 14 días adicionales.

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 por escrito más adelante.
- Les diremos por qué la demora es lo más conveniente para usted.
- Tomaremos una decisión dentro de los 14 días adicionales desde 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
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Usted o una persona en la que confía pueden presentar un reclamo a Aetna Better Health si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación. Usted o una persona en la que confía también pueden presentar un reclamo ante el estado sobre la manera en que Aetna Better Health manejó su apelación a través de la Línea de ayuda al **1-800-643-2273**.

Proceso de audiencia imparcial del estado para miembros de Medallion

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.

Solicitudes de revisión estándar o acelerada

Por lo general, para las apelaciones que serán consideradas por el DMAS, usted tendrá una respuesta **dentro de los 90 días** desde la fecha en que presentó su apelación ante Aetna Better Health. El plazo de 90 días no incluye la cantidad de días entre nuestra decisión sobre su apelación y la fecha en que envió la solicitud de audiencia imparcial del estado al DMAS. Si desea que su audiencia imparcial estatal 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 reúne los requisitos para una apelación acelerada **dentro de las 72 horas** de recibida la carta de su médico.

Representante autorizado

Puede darle a alguien como su PCP, un proveedor, un amigo o un familiar un permiso por escrito para ayudarlo 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
2. **Por fax.** Envíe su solicitud de apelación por fax al DMAS al (804) 452-5454.
3. **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.
4. **Por teléfono.** Llame al DMAS al (804) 371-8488 (TTY: 1-800-828-1120).

Para ayudarlo, 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 no reúne los requisitos para una apelación acelerada, el DMAS le dará una respuesta dentro de los 90 días desde la fecha en que presentó su apelación ante Aetna Better Health. El plazo de 90 días no incluye la cantidad de días entre nuestra decisión sobre su apelación y la fecha en que envió la solicitud de audiencia imparcial del estado al DMAS. 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.

Revisión externa para miembros de FAMIS

Si no está satisfecho con nuestra decisión sobre la apelación y su apelación es sobre nuestra decisión de denegar, reducir, modificar o finalizar el pago de sus servicios de atención médica, puede solicitar una revisión externa. Su apelación será revisada por una Organización de revisiones externas (External Review Organization, ERO), que es una organización independiente que el DMAS utiliza para revisar las apelaciones. La decisión de la ERO sobre estos temas será final y nosotros deberemos cumplir con su decisión. Si desea presentar una apelación ante la ERO, deberá hacerlo dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha en que recibió el aviso de nuestra decisión de apelación. Solo puede solicitar una revisión externa si se relaciona con una denegación de un servicio, una reducción en un servicio, la finalización de un servicio autorizado previamente o la no prestación de un servicio de manera oportuna. Debe agotar el proceso de apelaciones de Aetna Better Health of Virginia antes de solicitar una revisión externa.

Deberá presentar su solicitud de revisión externa por escrito y enviarla a:

FAMIS External Review c/o KePro
2810 N. Parham Road Suite #305
Henrico, VA 23294
Teléfono: **804-622-8900**
Sitio web de KePro: **www.DMAS.KePro.com**

Sus beneficios durante el proceso de apelaciones, de audiencia imparcial del estado o de revisión externa

Mientras su apelación, audiencia imparcial del estado o revisión externa estén en proceso, sus beneficios de Aetna Better Health continuarán si sucede lo siguiente:

- Usted o su médico presentan la apelación dentro de los 10 días de la fecha del aviso de denegación, reducción, modificación o finalización del pago de sus servicios de atención médica o antes de la fecha de entrada en vigencia del aviso.
- Su apelación es sobre nuestra decisión de finalizar, suspender o reducir un curso de tratamiento que ya tenía autorización previa.
- Los servicios fueron indicados por un proveedor autorizado.
- No ha transcurrido el plazo cubierto por la autorización previa.
- Usted solicita la extensión de sus beneficios.

Para solicitar una continuación de los beneficios, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health al **1-800-279-1878** (TTY: **711**). Mientras la apelación esté pendiente, sus beneficios continuarán hasta que suceda lo siguiente:

- Usted retire la apelación.
- Se haya cumplido el plazo de la autorización previa.
- Se haya cumplido el límite de servicio de la autorización previa.

Si el resultado final de su apelación es confirmar la decisión original, sus beneficios no continuarán después de los 10 días de que hubiéramos enviado los resultados por correo. Si solicita continuar sus beneficios con una decisión de audiencia imparcial del estado o una revisión externa pendiente, sus beneficios continuarán hasta que un funcionario de audiencias imparciales del estado o revisiones externas confirme nuestra decisión original.

Si el resultado final de su apelación es confirmar la decisión original de denegar, reducir, modificar o finalizar el pago de sus servicios, es posible que solicitemos el reembolso del dinero que se pagó por los servicios mientras la apelación estaba en proceso.

Su derecho a presentar un reclamo

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 lo considerará como un reclamo o como una apelación.

Qué tipos de problemas deben ser reclamos

El proceso de reclamos 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 reclamos de Aetna Better Health.

Reclamos sobre la calidad

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

Reclamos sobre la privacidad

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

Reclamos sobre un mal servicio al cliente

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

Reclamos sobre la accesibilidad

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

Reclamos 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.

Reclamos sobre los tiempos de espera

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

Reclamos sobre la limpieza

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

Reclamos sobre nuestras comunicaciones

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

Existen diferentes tipos de reclamos

Puede presentar un reclamo interno o un reclamo externo. Un reclamo interno se presenta ante Aetna Better Health, que es quien lo revisa. Un reclamo externo se presenta ante una organización que no está afiliada a Aetna Better Health y es esta organización la que lo revisa.

Reclamos internos

Para presentar un reclamo interno, llame al Departamento de Servicios para miembros al número que se indica más abajo. También puede presentar su reclamo por escrito. Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito. Puede presentar un reclamo por escrito, por correo o por fax a esta dirección:

Aetna Better Health of Virginia Attn: Appeals
9881 Mayland Drive
Richmond, VA 23233
Fax: 866-669-2459
Teléfono: 1-800-279-1878.

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

Le notificaremos el resultado de su reclamo dentro de un plazo razonable que no superará los 30 días calendario después de la recepción de su reclamo.

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

Reclamos externos

Puede presentar un reclamo a través de la Línea de ayuda de cuidado administrado

Puede presentar un reclamo sobre Aetna Better Health a través de la Línea de ayuda de cuidado administrado al **1-800-643-2273** (TTY: **1-800-817-6608**), de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 06:00 p. m.

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. Los reclamos pueden enviarse a 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 (TDD: 1-800-537-7697)
Fax: 215-861-4431

13. 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, usted tiene determinados derechos. Tiene derecho a lo siguiente:

- Estar informado sobre Aetna Better Health y todos los servicios cubiertos.
- Recibir información sobre Aetna Better Health, nuestros servicios, médicos, otros proveedores y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Ser tratado con respeto y dignidad, y tener derecho a la privacidad.
- Elegir a su médico/proveedor de atención primaria (PCP) personal de Aetna Better Health.
- Cambiar de proveedor de atención primaria (PCP) de Aetna Better Health.
- No ser discriminado por motivos de raza, género, religión, discapacidad, origen étnico, nacionalidad o fuente de pago.
- Esperar que toda la información sobre su salud sea confidencial y que se proteja su privacidad.
- Que sus registros médicos no sean divulgados a terceros sin su aprobación, excepto cuando la ley lo permita.
- Recibir información de su médico acerca de opciones de tratamiento u otros tipos de atención accesibles y adecuados para su afección, y que se le explique en términos que usted comprenda.
- Recibir servicios de médicos/proveedores fuera de la red.
- Recibir una segunda opinión sobre un procedimiento médico por parte de un médico/proveedor del plan. Si un proveedor de Aetna Better Health no está disponible, le ayudaremos a obtener una segunda opinión de un proveedor no participante, sin costo alguno.
- Participar con su médico/proveedor en la toma de decisiones acerca de su atención médica.
- Comunicarle a su médico/proveedor que usted no desea recibir un tratamiento y que se le informe qué puede suceder si no recibe dicho tratamiento. Puede continuar recibiendo Medicaid y atención médica sin consecuencias, incluso si rechaza el tratamiento.
- Presentar un reclamo o una queja formal sobre Aetna Better Health, o una apelación, si no está satisfecho con la respuesta a su pregunta, reclamo/queja o la atención brindada.
- Apelar una decisión médica de Aetna Better Health directamente ante el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS).
- Conocer el costo si opta por obtener un servicio que Aetna Better Health no cubre.
- Recibir un comunicado por escrito de Aetna Better Health cuando se reduzcan, suspendan, cancelen o denieguen los servicios de atención médica solicitados por su PCP. Debe seguir las instrucciones en su carta de notificación.

- Que su médico/proveedor o el de su hijo le informen acerca de las opciones de tratamiento disponibles, sin importar el costo o la cobertura de beneficios.
- Ser libres de cualquier forma de limitación o aislamiento utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Conocer qué dicen sus registros médicos y solicitar una corrección o enmienda.
- Solicitar una copia de sus registros médicos.
- 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.
- Tener acceso a los servicios de atención médica y asesoramiento médico durante las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días de la semana, incluidos los servicios de urgencia y de emergencia.
- Obtener servicios de planificación familiar por parte de cualquier proveedor participante de Medicaid sin autorización previa.
- Obtener información en diferentes formatos (p. ej., letra grande, braille, etc.) sin costo alguno, si fuera necesario, y de una manera sencilla que tenga en cuenta las necesidades especiales de aquellas personas que tienen problemas para ver o leer.
- Obtener servicios de interpretación si no habla inglés o tiene un problema auditivo para que pueda recibir los servicios médicos que necesita.
- Hacer recomendaciones o sugerencias respecto de los derechos y las responsabilidades de los miembros de Aetna Better Health.
- Elaborar una instrucción anticipada o un testamento vital que indique cómo tomar decisiones médicas por usted si no puede hacerlo por usted mismo.
- Solicitar una descripción de todos los tipos de acuerdos de pago que usamos para pagar a los proveedores por los servicios de atención médica.
- Cambiar su plan de salud una vez al año por cualquier motivo durante el período de inscripción abierta o cambiar su MCO después del período de inscripción abierta por un motivo aprobado. Para obtener más información, consulte la Sección 2 de este manual, llame a la Línea de ayuda de cuidado administrado al **1-800-643-2273** (TTY: **1-800-817-6608**) o visite el sitio web **www.virginiamanagedcare.com**.
- 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).
- 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. Aetna Better Health se esfuerza por garantizar que nuestros miembros permanezcan seguros. Esto lo hacemos trabajando con usted para ayudarlo a mantenerse lejos del hospital y brindarle información sobre cómo mantenerse saludable. Contamos con programas que supervisan los servicios y la atención que recibe para ayudar a garantizar que se mantenga seguro. También supervisamos nuestra red para asegurarnos de que reciba atención de la mejor calidad posible.

Su derecho a la confidencialidad

Aetna Better Health solo divulgará información si está específicamente permitido por la ley estatal y federal o si lo requieren programas que revisan registros médicos para controlar la calidad de la atención o para combatir el fraude o 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 **1-800-279-1878** (TTY: **711**) o a través de nuestro sitio web 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 **1-800-279-1878** (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 **1-800-279-1878** (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 al número que aparece más abajo. También puede enviar un correo electrónico a VAOutreach@aetna.com. En el asunto de su correo electrónico, escriba: Tengo interés en el MAC: Medallion 4.0.

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 lo ha tratado con imparcialidad por alguna de estas razones, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales al **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

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.

14. Responsabilidades de los miembros

Sus responsabilidades

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

- Leer el Manual para miembros. Este manual brinda información sobre los servicios de Aetna Better Health y cómo presentar un reclamo o una queja.
- Programar controles de bienestar. Los miembros menores de veintiún (21) años deben seguir el programa de los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT).
- Obtener atención de inmediato cuando sepa que está embarazada. Asistir a todas las citas de atención prenatal.

- Tener con usted y mostrar la identificación de miembro de Aetna Better Health a cada médico antes de recibir los servicios de salud.
- Cuidar su identificación de miembro y no compartirla con otros.
- Recibir atención médica de proveedores de nuestra red.
- Conocer el nombre del PCP que se le asignó.
- Informar al médico que usted/su hijo es miembro de Aetna Better Health cuando se comunique con el consultorio del médico.
- Asistir a las citas con el médico o llamar para cancelarlas con, al menos, veinticuatro (24) horas de anticipación.
- Utilizar la sala de emergencias (ER) solo para emergencias reales.
- Aprender la diferencia entre las emergencias y cuándo necesita atención de urgencia.
- Tratar a los médicos/proveedores, al personal y a las personas que le brindan servicios con respeto.
- Brindar toda la información sobre su salud a Aetna Better Health y su médico para que le puedan brindar la atención.
- Decirle a su médico si no entiende lo que le dice sobre su salud para que puedan planear juntos la atención.
- Respetar lo que usted y su médico acordaron, como concertar citas de seguimiento, tomar los medicamentos y seguir las instrucciones de su médico sobre la atención.
- Informar a Aetna Better Health y al DMAS cuando cambia su dirección.
- Informar a Aetna Better Health acerca de cambios en su familia que puedan afectar su elegibilidad o inscripción, como el tamaño familiar, el empleo y mudarse fuera del estado de Virginia.
- Informar a Aetna Better Health si tiene otro seguro de salud, incluido Medicare.
- Darle una copia del testamento vital o de la instrucción anticipada a su médico.
- Saber cuáles son los medicamentos con receta y los motivos para tomarlos.
- 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, como concertar citas de seguimiento, tomar los medicamentos y seguir las instrucciones de su médico sobre 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.
- Informar a Aetna Better Health cómo podemos trabajar mejor para usted. Informarnos si tiene problemas con el personal de atención médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran más abajo en los siguientes casos:
 - Si cambia el tamaño de su familia.
 - 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 y su atención. 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 www.vdh.virginia.gov/OLC/documents/2011/pdfs/2011-VA-AMD-Simple.pdf.

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 **1-800-279-1878** (TTY: **711**) y 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 de su 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 administrador 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 sus instrucciones anticipadas en el Registro de instrucciones anticipadas sobre atención médica del Departamento de Salud de Virginia en www.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	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	Departamento de Profesiones de la Salud de Virginia: 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	www.vdh.state.va.us/olc/complaint/

15. 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. Es realizado 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 prácticas que son incompatibles con las prácticas fiscales, comerciales o médicas sólidas y se traducen en costos innecesarios para el programa Medicaid o en el pago de servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares profesionales reconocidos para la atención médica.

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 informar sus inquietudes sobre fraude, uso indebido o abuso directamente ante el estado, puede hacerlo a los contactos que se indican a continuación.

Línea directa de fraude del Departamento de Servicios de Asistencia Médica

- Fraude del beneficiario: **1-800-371-0824** o **804-786-1066**
- Fraude del proveedor: **1-800-371-0824** o **804-786-2071**

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

- Correo electrónico: **MFCU_mail@oag.state.va.us**
- Fax: **804-786-3509**
- Por correo: Office of the Attorney General Medicaid Fraud Control Unit
202 North Ninth Street, Richmond, VA 23219

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health **1-800-279-1878** (TTY **711**)

Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Oficina del Inspector General del Estado de Virginia

- Teléfono de la línea directa de fraude, uso indebido y abuso: **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

16. Información importante para los miembros de FAMIS

¿Qué es FAMIS?

FAMIS significa “Acceso familiar a seguridad de seguro médico” y es el programa de seguro de salud para niños de Virginia. Permite que la atención médica sea asequible para niños de familias elegibles.

¿Cómo puedo saber si soy miembro de FAMIS?



Si usted es miembro de FAMIS, su identificación de miembro tendrá el ícono de FAMIS en la esquina derecha. Además, recibirá un programa de beneficios en su paquete de bienvenida. Este es un documento de dos caras que indica los servicios cubiertos y lo que usted pagará como miembro por estos servicios.

¿Tiene algún costo?

No hay costos de inscripción ni primas mensuales para los miembros de FAMIS. No obstante, algunos servicios sí requieren un copago. Su programa de beneficios explica lo que debe pagar por determinados beneficios y servicios, y si tienen límites anuales o de por vida.

El máximo que usted o los miembros de su familia pagarán en concepto de copagos cada año se denomina “monto máximo que paga de su bolsillo”. El monto máximo que paga de su bolsillo también se detalla en el programa de beneficios. Debe llevar un registro de los copagos pagados durante el año. Envíe todos los recibos de sus copagos a Cover Virginia. Puede comunicarse con Cover Virginia al **833-5CALLVA**. Ellos verificarán que usted haya alcanzado el máximo de copagos anual y nos lo notificarán. Luego, le enviaremos un aviso en el que se le informará que no deberá realizar más copagos durante el resto del año.

Pautas de ingresos

Cumplir los requisitos para ser parte de FAMIS depende del tamaño y de los ingresos de la familia. Si se produce un cambio en sus ingresos, comuníquese con Cover Virginia al **833-5CALLVA** para informar este cambio. Podría afectar su elegibilidad.

Renovación y cambio de dirección

FAMIS y FAMIS Plus deben renovarse al menos cada 12 meses. Es muy importante que informe inmediatamente a Cover Virginia sobre cualquier cambio en su dirección. Si no tenemos la dirección correcta, no podremos notificarle cuando sea el momento de renovar su cobertura y su hijo será dado de baja del programa.

Información adicional

Para obtener más información sobre FAMIS, incluyendo una copia del manual de FAMIS, como también las pautas de ingresos, llame a Cover Virginia al **833-5CALLVA** o visite **www.coverva.org**.

FAMIS es un programa de la Mancomunidad, administrado por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica junto con Aetna Better Health of Virginia.

17. Expansión Medicaid: una nueva cobertura de seguro de salud para adultos

Bienvenido a Aetna Better Health of Virginia. Si usted es uno de los tantos nuevos habitantes de Virginia inscritos en nuestro plan de salud como parte de la expansión Medicaid, tenemos información importante para usted. Comencemos.

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 nivel federal de pobreza (FPL).

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 preguntas sobre la elegibilidad para Medicaid. La llamada es gratuita. Para obtener más información, puede visitar el sitio web de Cover Virginia **<http://www.coverva.org>**.

Inscripción de un miembro a la expansión Medicaid

Puede cambiar su plan de salud durante los primeros 90 días de su inscripción al programa Medallion por cualquier motivo. También puede cambiar su plan de salud durante su período anual de inscripción abierta por cualquier motivo. Puede comunicarse con la Línea de ayuda de cuidado administrado al **1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608)** o visitar **www.virginiamanagedcare.com** para conocer sobre el período de inscripción abierta en su región. Recibirá una carta del DMAS durante el período de inscripción abierta con más información.

Beneficios y servicios de la expansión Medicaid

Como miembro de la expansión Medicaid, tiene una variedad de beneficios y servicios de atención médica disponibles. Recibirá la mayoría de sus servicios a través de Aetna Better Health.

Si usted es un miembro elegible para la expansión Medicaid, además de los servicios estándares de Medicaid disponibles para todos los miembros de Medicaid, también recibirá los siguientes cuatro beneficios de salud:

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

Aetna Better Health también lo animará a tomar un papel activo en su salud. Esto podría significar participar en los programas de administración de enfermedades, recibir una vacuna antigripal, dejar de fumar o de consumir productos con tabaco o nicotina, o acceder a servicios que no suelen estar cubiertos por las prácticas médicas tradicionales, como las membresías en un gimnasio o los servicios de la vista.

Si acude con frecuencia a la sala de emergencias, nos comunicaremos con usted para ayudarlo a resolver sus necesidades. Es posible que sus necesidades puedan abordarse fuera de la sala de emergencias, como en los consultorios médicos y las clínicas.

Aetna Better Health también puede ofrecerle varias oportunidades para que aproveche 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.

¿Qué es una evaluación de salud?

Dentro de los cuatro meses posteriores a su inscripción con nosotros, un representante de Aetna Better Health se comunicará con usted o su representante autorizado por teléfono o en persona para preguntarle sobre sus necesidades de salud y las circunstancias sociales. Estas preguntas conforman la llamada “evaluación de salud”. El representante le hará preguntas sobre cualquier afección médica que tenga o haya tenido, su capacidad de llevar a cabo tareas cotidianas y sus condiciones de vida. Sus respuestas ayudarán a Aetna Better Health a comprender sus necesidades e identificar si tiene o no necesidades médicas complejas.

Si cumple los criterios médicamente complejos, será transferido de Medallion 4.0, el programa de cuidado administrado de Medicaid, al programa CCC Plus. Si se determina que usted no tiene necesidades médicas complejas, permanecerá en el programa Medallion 4.0. Además, si no podemos comunicarnos con usted o se niega a participar por completo en la evaluación de salud, permanecerá inscrito en el programa Medallion. Usted permanecerá en Aetna Better Health sin importar el programa en el que se encuentre. Si prefiere cambiar los planes de salud, puede hacerlo dentro los primeros 90 días desde la inscripción en el programa Medallion 4.0:

- **En línea:** www.virginiamanagedcare.com.
- **Por aplicación móvil:** para descargar la aplicación en Android o iPhone, busque “Virginia Medallion” en Google Play o la App Store.
- **Por teléfono:** 1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608).

Si no cumple los criterios médicamente complejos y no está de acuerdo con ello, tiene derecho a presentarnos un reclamo o una queja. Para obtener más detalles, consulte la sección *Su derecho a presentar un reclamo (queja)*.

Comuníquese con Aetna Better Health si necesita adaptaciones para participar en la evaluación de salud. Si tiene preguntas sobre su evaluación de salud, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-279-1878 (TTY: 711)**. Esta llamada es gratuita.

18. Otros recursos importantes

Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS)

www.dmas.virginia.gov

Cover Virginia

833-5CALLVA

www.coverva.org

Departamento de Servicios Sociales

www.dss.virginia.gov

Denuncias de abuso, negligencia y explotación

Servicios de protección para niños (CPS)

Virginia: **1-800-552-7096**

Fuera del estado: **804-786-8536**

Línea directa de servicios de protección para adultos (APS) disponible las 24 horas: **1-888-832-3858**

Virginia 2-1-1

Marque **2-1-1** en su teléfono.

www.211virginia.org

2-1-1 Virginia es un servicio gratuito que puede ayudarle a encontrar los recursos locales que necesita.

División para Personas de Edad Avanzada de Virginia

www.vda.virginia.gov/aaalist.asp

Incluye una lista de las Agencias de Área sobre el Envejecimiento por ubicación.

Foster My Future: portal para adultos jóvenes en cuidado adoptivo de Virginia

www.dss.virginia.gov/fmf

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

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.

19. Palabras y definiciones clave utilizadas en este manual

Abuso: prácticas realizadas por los proveedores que son incompatibles con las prácticas fiscales, comerciales o médicas sólidas, y se traducen en costos innecesarios para el programa Medicaid. El abuso incluye el reembolso por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente. También incluye prácticas de los beneficiarios que resultan en costos innecesarios para el programa Medicaid.

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.

Aetna Better Health: el programa Medicaid que ofrecemos.

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.

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.

Administrador de atención: una de las personas más importantes de Aetna Better Health que trabaja con usted y con sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

Administración de la atención: proceso individualizado centrado en la persona que lo ayuda a obtener acceso a los servicios necesarios. El administrador 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: 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.

Reclamo: declaración escrita u oral que indica que tiene un problema o una inquietud relativos a la atención o los servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su atención, los proveedores de la red o las farmacias de la red. El nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja”.

Cirugía y servicios cosméticos: Cirugía y servicios que tienen como principal objetivo mejorar la apariencia. La cirugía y los servicios cosméticos no ayudan a su organismo a funcionar mejor o evitar enfermarse.

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.

Departamento de Servicios Sociales (DSS): la agencia que decide si una persona es elegible para Medicaid/FAMIS Plus o no.

Equipo médico duradero (DME): 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.

Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT): el componente de salud infantil de Medicaid que brinda servicios de atención médica integrales y preventivos para niños menores de 21 años que estén inscritos en Medicaid. EPSDT es importante para garantizar que los niños y adolescentes reciban los servicios preventivos, dentales, de salud mental, del desarrollo y especializados apropiados.

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.

Atención de planificación familiar: La atención de planificación familiar lo ayuda a planificar el tamaño de su familia. Le brinda información sobre métodos anticonceptivos.

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.

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 administradores de atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

Evaluación de riesgos de 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.

Línea de ayuda: un corredor de inscripciones que el DMAS contrata para que realice las actividades de asesoramiento sobre cambios e inscripción.

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".

Medicamento 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 de atención médica creado por el gobierno federal pero administrado por el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los servicios y la atención médica.

Miembro: cualquier persona que recibe servicios del DMAS y que tiene cobertura de Aetna Better Health.

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 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 o proveedor 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”.

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.

Atención de posestabilización: atención médicamente necesaria que un miembro recibe después de que se haya estabilizado una emergencia.

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.

Médico de atención primaria (PCP): su médico de atención primaria es la persona que se encarga 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.

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 cubiertos.

Autorización de servicio: 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.

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.

Uso indebido: la prestación de servicios innecesarios, repetitivos o inadecuados, errores médicos y presentaciones incorrectas de reclamaciones. El uso indebido en general no se considera el producto de acciones imprudentes, sino más bien el mal uso de recursos.

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Virginia

LLAME AL	1-800-279-1878. Esta llamada es gratuita. Atienden 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	TTY: 711. Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla.
FAX	1-866-207-8901
CORREO POSTAL	Aetna Better Health of Virginia 9881 Mayland Drive Richmond, VA 23233
CORREO ELECTRÓNICO	Visite la página de contacto en nuestro sitio web AetnaBetterHealth.com/Virginia/Contact-Us para enviarnos un mensaje seguro. Puede enviar correos electrónicos directamente a vamedicaidmemberservices@aetna.com.
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia



[AetnaBetterHealth.com/Virginia](https://www.aetna.com/BetterHealth/Virginia)