



Primavera 2016

¿Se mudó, se movió de casa? ¿Tiene un nuevo número de teléfono?

Queremos mantenernos comunicados con usted. Para que nuestro equipo le brinde apoyo a usted y a su salud, recuerde mantener actualizada su información. A continuación, encontrará pasos importantes que debe seguir si se mudó o tiene un nuevo número de teléfono.

Llame al Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) al 1-800-843-6154.

El DHS es la oficina donde se mantiene información necesaria como su dirección y número de teléfono. Aetna Better Health recibe esta información del DHS. Cuando tiene una nueva dirección o un nuevo número de teléfono, asegúrese de ponerse en contacto con el DHS. Puede llamar al DHS al **1-800-843-6154**. O bien, puede ir a una oficina del DHS en su

localidad. También puede visitar el sitio web del DHS en **www.dhs.state.il.us**. Vaya a “for Customers” (para Clientes) en la parte derecha superior de la pantalla y en “Most Requested Services” (Servicios más solicitados), seleccione “Change of Address, Income or Assets” (Cambio de dirección, ingresos o bienes).

Llámenos

Puede llamar a Aetna Better Health para dar esta información. Sin embargo, debe notificar al DHS del cambio. Aetna Better Health no puede cambiar la información en el sistema. Si tiene preguntas o desea recibir ayuda, puede llamar a Aetna Better Health al **1-866-600-2139**.

Lo que debe saber sobre su membresía

Conocer su atención médica es el primer paso hacia una versión más saludable de usted. Queremos ayudarlo a que se mantenga informado. Esto significa que le brindamos información sobre el plan de salud. Estos temas incluyen:

- Cómo usar el Manual para Miembros
- Información sobre la autorización previa (y lo que es)
- Cómo buscar información sobre los proveedores
- Información sobre administración de atención
- Información sobre el manejo de enfermedades (y lo que es)
- Su derecho a la privacidad
- Nos aseguramos de que reciba la atención correcta

Puede encontrar esta información en nuestro sitio web **www.aetnabetterhealth.com/illinois** (**es.illinois.aetnabetterhealth.com/illinois**) en la sección “What’s New” (Novedades) a la derecha. Si desea una copia, puede llamar a Servicios para Miembros o a su Administrador de Atención al **1-866-600-2139**. También puede pedir esta información en otro idioma o un formato alternativo.

Su proveedor de atención primaria y usted

Gracias por elegir Aetna Better Health. Su salud es importante para nosotros. Su primer paso será seleccionar un proveedor de cuidado primario (PCP) y este será su médico cabecero. Su PCP trabajará con usted para administrar su atención médica. Un PCP incluye médicos de familia y especialistas. Un PCP le ayudará a recibir todos los servicios cubiertos que necesita.

Puede encontrar el nombre de su PCP en el frente de su tarjeta de identificación. A continuación encontrará un ejemplo de tarjeta de identificación. Trabajar en equipo con su PCP es una buena idea. Le ayudará a conocer a su PCP y sus necesidades de salud.

Si necesita cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-2139**. Este número está al dorso de su tarjeta de identificación. Los representantes están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para ayudarle.

Haga una cita lo más pronto posible con su PCP. Llegue 30 minutos antes para llenar papeles sobre su salud. Asegúrese de traer todos los medicamentos para mostrarle a su PCP lo que toma.

Ejemplo de su tarjeta de identificación de miembro



¿Necesita ver a un especialista?

Usted puede ver a un especialista que esté en la red de proveedores de Aetna Better Health sin la necesidad de un referido de su PCP. Esto significa que puede ver a cualquier especialista que tenga contrato con Aetna Better Health.

Como parte de su equipo de atención médica, una buena idea es hacerle saber a su PCP si visita a un especialista. Esto sirve para que pueda ayudarle con su atención. Si necesita ayuda para encontrar un especialista, su PCP o Servicios para Miembros pueden ayudarle.

Si un proveedor que usted quiere ver no está en nuestra red, su PCP debe solicitarnos el servicio para que usted pueda ver al proveedor fuera de la red. Solo su PCP puede hacer esta solicitud. No es algo que usted pueda hacer por sí mismo.

Existen algunos servicios brindados por especialistas que no requieren la aprobación de su médico. Se llaman servicios de autorremisión. Algunos ejemplos de autorremisión incluyen servicios de planificación familiar y servicios de salud del comportamiento. Puede llamar a Servicios para Miembros o a su Administrador de Atención para obtener más información sobre estos tipos de servicios.

Próximos pasos

En anteriores boletines informativos para miembros, le ofrecimos consejos útiles para hablar con su médico. A continuación encontrará algunas preguntas para ayudarle a elegir el mejor PCP o especialista para usted, y consejos para programar una cita.

Preguntas que puede hacerle a su PCP

- ¿Cuál es el horario de atención?
- ¿Atiende pacientes durante la noche o el fin de semana?
- ¿Cuánto tiempo debo esperar para una cita?

Consejos rápidos para las citas

- Cuénteles al integrante del personal sus síntomas.
- Lleve su tarjeta de identificación de miembro con usted.
- Si es un paciente nuevo, llegue al menos 30 minutos antes para que pueda dar información sobre su historial de salud.
- Informe al consultorio que ha llegado. Regístrese en la recepción.
- Si necesita transporte para ir a su cita, llame a Medical Transportation Management (MTM) al **1-888-513-1612**. Debe llamar al menos 3 días antes para coordinar la transportación.
- Si no puede ir a su cita, llame al consultorio de su proveedor *antes* de la hora de la cita para cancelar. Si también tiene una cita con la compañía de transporte para que lo pase a buscar, asegúrese de llamar antes de la cita para cancelar la transportación.

¿Necesita que lo lleven?

El transporte no tiene costo para usted y puede utilizarlo para todas las citas médicas. Si necesita transporte a citas médicas, comuníquese con MTM al menos 3 días antes de su cita. Infórmele a MTM si necesita que un integrante de su familia o un cuidador personal lo acompañe.

Si usted tiene una emergencia médica, llame al 911. El transporte de emergencia debe utilizarse únicamente en caso de emergencia.

MTM atiende de domingos a sábados, las 24 horas, los 7 días de la semana para programar transportación a sus citas médicas. El número de MTM es **1-888-513-1612**. Está incluido al dorso de su tarjeta de identificación.

Puede recibir reembolso de millas si utiliza su automóvil o si alguien lo lleva a sus visitas médicas. Debe llamar a MTM 7 días después de su cita para solicitar el reembolso de millas. Llame a MTM al **1-888-513-1612** para preguntar sobre el reembolso de millas. MTM le explicará el reembolso de millas y responderá sus preguntas.

Entender sus beneficios

Cobertura de los pies a la cabeza

¿Quiere vivir una vida más sana? Nuestros beneficios y programas están diseñados exactamente para eso.

Esta cobertura incluye servicios preventivos como consultas con el médico, pruebas y análisis de laboratorio, radiografías y más. Además, podemos ayudar con problemas de salud graves, como enfermedades crónicas o problemas de salud mental. También podemos conectarlo con recursos de la comunidad para que obtenga más ayuda.

Puede obtener más información sobre sus beneficios de cualquiera de las siguientes maneras:

1. Revise la Evidencia de Cobertura, también conocida como Manual para Miembros.

También puede encontrar esta Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web: www.aetnabetterhealth.com/illinois/assets/pdf/members/2016_Handbook_Eng1.pdf.

2. Revise el Resumen de beneficios. También lo encontrará en nuestro sitio web: www.aetnabetterhealth.com/illinois/assets/pdf/members/2016_SummaryofBenefits_Eng.pdf.
3. Llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-2139**.
4. Llame al **1-866-600-2139** para comunicarse con su Administrador de Atención.

¡Extra, extra!

Lea todo sobre sus beneficios extras:

Como miembro del plan Premier de Aetna Better Health, tiene los siguientes servicios cubiertos adicionales. ¡Estos beneficios no tienen ningún costo para usted!

Beneficio adicional	Descripción del beneficio
Beneficio de teléfono celular	El beneficio de teléfono celular cubre llamadas gratis al número preprogramado de Servicios para Miembros del plan, mensajes de texto relacionados con la salud gratis y mensajes de texto del plan de salud para miembros que reúnen los requisitos para el programa federal de teléfono celular gratuito.
Educación para la salud	Una gran variedad de herramientas y programas educativos y para la salud disponibles para los miembros sin costo adicional
Beneficio de comidas (beneficio ampliado)	Se requiere autorización previa. 10 comidas nutritivas entregadas a domicilio después de una internación en un hospital o estadía en una residencia para personas mayores
Línea directa de enfermería	Acceso a personal de enfermería matriculado las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año
Medicamentos de venta libre	\$10 por mes a través del servicio de catálogo de envío por correo; no se acumula de un mes a otro
Podología (beneficio ampliado)	Se requiere autorización previa. Límite de 3 visitas por año como máximo para atención de rutina de los pies
Atención dental preventiva: exámenes orales, profilaxis (limpieza), flúor y radiografías odontológicas	1 cada seis (6) meses
Cuidados de relevo (beneficio ampliado)	16 horas por mes de cuidados en el hogar
Servicio para dejar de fumar (beneficio ampliado)	Sesiones de asesoramiento para dejar de fumar por razones médicas (hasta 50 por año), parches de nicotina, goma de mascar y pastillas, así como determinados medicamentos de farmacias sin necesidad de autorización previa
Transporte (beneficio ampliado)	A lugares aprobados por el plan
Control del peso (adultos)— (beneficio ampliado)	Incluye asesoramiento en salud

¿Sabía que...?

Derechos de las personas con discapacidad y Planes de preparación para emergencias

En un boletín anterior analizamos la iniciativa de Defensa de los Derechos de las Personas con Discapacidad en Aetna Better Health. Esto significa que todos los meses se envía un mensaje de correo electrónico sobre un tema relativo a los derechos de las personas con discapacidad a nuestro personal de administración de atención. Prerak Mehta, representante de pares y enlace con la comunidad, envía los correos electrónicos. Presentamos a Prerak en un boletín anterior. Como persona discapacitada, Prerak puede hablar con los miembros sobre la recuperación y analizar cómo se vive con una discapacidad. A continuación incluimos un mensaje de correo electrónico

enviado a los Administradores de Atención en el mes de enero sobre gestión inclusiva de la preparación para emergencias.

En 2010, la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA) creó la Oficina de Integración de la Discapacidad. El objetivo de la oficina es brindar información y educación sobre los entornos inclusivos para personas discapacitadas en caso de emergencia. Esto significa que durante una emergencia, todos tienen derecho a disponer de un plan para mantenerse seguros en la comunidad. Cada persona puede trabajar para diseñar un plan sobre cómo sabrán que hay una emergencia. El plan también puede

incluir los pasos que se deben dar. El objetivo es que el plan se centre en las necesidades del miembro. También es de ayuda centrarse en las fortalezas del miembro. A continuación consignamos tres partes importantes del plan:

- Incluir al miembro en el plan.
- Identificar distintas maneras de notificar a una persona sobre una emergencia. Puede ser una bocina, campanas o silbatos, o luces intermitentes en el hogar.
- Identificar recursos internos o de la comunidad que pueden ayudar a una persona. Ejemplos: un sistema de apoyo social, así como agencias comunitarias y federales que pueden ofrecer refugio o servicios de respuesta ante emergencias.

Esto es información general sobre la salud que no debe reemplazar el asesoramiento o la atención que recibe de su proveedor. Siempre consulte a su proveedor sobre sus necesidades de atención médica personales.

Los artículos de nuestro boletín informativo están destinados a muchas personas diferentes. Escribimos artículos sobre diferentes clases de problemas médicos cuya información le interesa a la gente. Estos artículos podrían no ser sobre problemas médicos que usted tiene.

El Plan Premier de Aetna Better HealthSM (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud con contratos con Medicare y Medicaid de Illinois para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados. Puede obtener este documento en inglés, o hablar gratuitamente con alguien sobre esta información en otros idiomas. Llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-2139** y TTY/TDD es **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratis.

La información sobre los beneficios suministrada es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros del Plan Premier de Aetna Better HealthSM al **1-866-600-2139** o lea el Manual para Miembros del Plan Premier de Aetna Better HealthSM. Los beneficios, la lista de medicamentos cubiertos y las redes de proveedores y farmacias pueden cambiar de vez en cuando a lo largo del año y el 1 de enero de cada año.

¡Haga oír su voz en su atención médica! Participe en el Consejo Consultivo de Miembros

Usted es uno de los expertos en su propia atención médica. Usted trabaja junto con su equipo de atención médica compuesto por su médico, especialista, Administrador de Atención de Aetna Better Health y otros apoyos (como su familia y sus amigos). Usted es un integrante capacitado de este equipo. Eso significa que puede adoptar un rol activo en las decisiones de atención médica.

Cuando usted está capacitado, usted es más fuerte y tiene más confianza. También puede significar que conoce sus derechos. En boletines anteriores hablamos sobre las distintas maneras de estar capacitados. Hoy vamos a analizar una manera de hacer oír su voz a través del Consejo Consultivo de Miembros (Member Advisory Council, MAC) de Aetna Better Health. El MAC es un grupo de miembros, familiares y proveedores que se reúnen para:

- Intercambiar ideas
- Destacar con ejemplos lo que está funcionando bien
- Dialogar sobre posibles mejoras

Durante las últimas reuniones del Consejo Consultivo

de Miembros analizamos por qué ser parte del consejo es un medio para que usted *se capacite*. Un miembro comprende perfectamente este concepto. Esto significa que cree que estar en el MAC puede marcar una diferencia. A continuación encontrará información que nos gustaría compartir sobre lo que significa poder opinar sobre su propia atención médica. También habla de cómo siente que este consejo la ha capacitado para tener una opinión formada.

Como parte del MAC:

- Uno puede “mostrar interés para hacer cambios de mayor y menor importancia en la atención médica”.
- El MAC es “un movimiento activo” y proviene “de la acción de cada integrante del MAC”.
- El MAC es una manera de mostrar una “convicción positiva en la participación”.

¿Quiere que escuchen su voz?

Para obtener más información sobre cómo formar parte del MAC, llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-2139** o a su Administrador de Atención.

Comuníquese con nosotros

Aetna Better HealthSM Premier Plan,
333 W. Wacker Drive, Suite 2100,
MC F646, Chicago, IL 60606.

Las 24 horas del día
Servicios para Miembros: **1-866-600-2139**
www.aetnabetterhealth.com/illinois

2016 © Coffey Communications, Inc.
Todos los derechos reservados.

IL-16-03-07