



Evidencia de cobertura

de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Su cobertura para medicamentos y salud en virtud de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

Introducción a la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura*, también conocida como el *Manual para miembros*, le informa acerca de su cobertura en virtud de nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2024. Explica los servicios de atención médica, incluidos los servicios de salud conductual (tratamientos de salud mental y trastornos por el consumo de sustancias), cobertura para medicamentos con receta y servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de su *Evidencia de cobertura*.

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

Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, hace referencia a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

Este documento está disponible sin cargo en inglés. This document is available for free in English.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio comunicándose con el Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página. La llamada es gratuita.

- Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) quiere asegurarse de que comprende su información del plan de salud. Si un idioma o formato diferente funciona mejor para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte interior de esta página para solicitar un cambio. (Esto se denomina “solicitud permanente”).
- Continuaremos enviando correspondencias y otras comunicaciones en su formato solicitado.
- Si quiere cambiar su solicitud permanente de un idioma o formato preferido, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Tenemos servicios gratuitos de interpretación para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, solo llámenos al 1-844-362-0934 (TTY: 711). Este es un servicio gratuito.

H6399_001_DS70_EOC24_SP_C



Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP).

Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-362-0934. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-362-0934. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-362-0934。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-362-0934。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-362-0934. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-362-0934. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-362-0934. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-362-0934. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-362-0934. 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-362-0934. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-362-0934. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-362-0934 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-362-0934. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-362-0934. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-362-0934. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-362-0934. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-362-0934. にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-844-362-0934. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'Ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.

Y0001_NR_30475b_2023_C

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA PARA 2024

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1	Primeros pasos como miembro	6
Capítulo 2	Números de teléfono y recursos importantes	14
Capítulo 3	Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos	24
Capítulo 4	Tabla de beneficios	41
Capítulo 5	Cómo obtener sus medicamentos con receta y otros medicamentos	87
Capítulo 6	Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de Medicare y NJ FamilyCare	105
Capítulo 7	Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por los servicios o medicamentos cubiertos	112
Capítulo 8	Sus derechos y responsabilidades	117
Capítulo 9	Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)	130
Capítulo 10	La cancelación de su membresía en nuestro plan	171
Capítulo 11	Avisos legales	179
Capítulo 12	Definiciones de palabras importantes	182



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

Descargos de responsabilidad

- Consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener una lista completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan.
- Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad totalmente integrado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de New Jersey. La inscripción en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. Consulte la *Evidencia de cobertura* para leer una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan.
- La elegibilidad para los programas modelo de beneficio o incentivo (RI) en virtud del modelo de Diseño de seguros basado en el valor (VBID) no está garantizada y será determinada por Aetna después de la inscripción, en función de los criterios relevantes (por ejemplo, diagnósticos clínicos, criterios de elegibilidad, participación en un programa de manejo de enfermedades).
- Los inscritos deben usar proveedores dentro de la red. Los inscritos deben usar proveedores de DME dentro de la red. Los inscritos deben usar una farmacia dentro de la red. Se inscribirá a los inscritos en la cobertura de la Parte D del plan y se les cancelará automáticamente la inscripción en cualquier otro plan de la Parte D de Medicare o de cobertura acreditable en el que estén inscritos actualmente. El inscrito también será inscrito en la cobertura de Medicaid del plan, y se cancelará su inscripción en cualquier otro plan de Medicaid en el que esté inscrito actualmente. No se necesitan remisiones de proveedores de este plan para proveedores de la red.
- Los proveedores de atención médica participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. La composición de la red de proveedores está sujeta a cambios.
- Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de atender a miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información.
- La Lista de medicamentos cubiertos (formulario) y la red de proveedores o farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.
- En el caso del pedido por correo, puede solicitar que le envíen los medicamentos con receta a su casa a través del programa de entrega de pedidos por correo de la red. Por lo general, los medicamentos de pedido por correo llegan en un plazo de 10 días. Puede llamar al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana si no recibe sus medicamentos de pedido por correo en este plazo. Los miembros pueden tener la opción de registrarse para la entrega automatizada de pedidos por correo.
- Aetna, CVS Pharmacy® y MinuteClinic, LLC (que opera o proporciona determinados servicios de apoyo de administración a puestos de asistencia médica básica de MinuteClinic) forman parte de la familia de compañías de CVS Health®.
- SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.
- La cobertura de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) está calificando la cobertura de salud calificada "cobertura esencial". Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Medidas de Protección del Paciente y Cuidado de Bajo Costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid) y su membresía en él. También le indica qué esperar y qué otra información le enviaremos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Evidencia de cobertura*.

Índice

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

A. Bienvenido a nuestro plan	7
B. Información sobre Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid)	7
B1. Medicare	7
B2. NJ FamilyCare	7
C. Ventajas de nuestro plan	7
D. Área de servicio de nuestro plan	8
E. ¿Cuáles son las calificaciones para ser elegible y ser miembro del plan?	8
F. Lo que debe esperar cuando se une a nuestro plan de salud	9
G. Su equipo de atención y plan de atención	9
G1. Equipo de atención	9
G2. Plan de atención	9
H. Sus costos mensuales para Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)	10
H1. Prima mensual de la Parte B de Medicare	10
I. Su <i>Evidencia de cobertura</i>	10
J. Otra información importante que obtiene de nosotros	10
J1. Su tarjeta de identificación de miembro	11
J2. Directorio de proveedores y farmacias	11
J3. Lista de medicamentos cubiertos	12
J4. La Explicación de beneficios	12
K. Mantenga actualizado su registro de miembro	13
K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)	13



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid) a personas que son elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También tenemos administradores de atención y equipos de atención para ayudarlo a administrar sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

B. Información sobre Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid)

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a:

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

B2. NJ FamilyCare

NJ FamilyCare es el nombre del programa Medicaid de New Jersey. El NJ FamilyCare es administrado por el estado y lo paga el gobierno federal. NJ FamilyCare ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de MLTSS. Cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- lo que se cuenta como ingresos y recursos,
- quién es elegible,
- qué servicios están cubiertos **y**
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando sigan las normas federales.

Medicare y el estado de New Jersey aprobaron nuestro plan. Puede obtener servicios de Medicare y NJ FamilyCare a través de nuestro plan siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- decidamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el estado de New Jersey nos permiten continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de funcionar en el futuro, sus servicios de elegibilidad para Medicare y NJ FamilyCare no se ven afectados.

C. Ventajas de nuestro plan



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y NJ FamilyCare de nuestro plan, incluidos los medicamentos con receta. **No paga nada para inscribirse en este plan de salud.**

A ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medicaid funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Puede trabajar con nosotros para **la mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Cuenta con un equipo de atención que usted ayuda a armar. Entre los integrantes de su equipo de atención se pueden incluir a usted mismo, su cuidador, médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de salud.
- Tiene acceso a un administrador de atención. Esta es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudar a crear un plan de atención.
- Usted puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y administrador de atención.
- Su equipo de atención y el administrador de atención trabajan con usted para diseñar un plan de atención que satisfaga **sus** necesidades de salud. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de lo siguiente:
 - Que sus médicos sepan sobre todos los medicamentos que toma para poder asegurarse de que esté tomando los medicamentos correctos y poder reducir cualquier efecto secundario que estos puedan causar.
 - Que los resultados de la prueba se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en **New Jersey**: Atlantic, Bergen, Burlington, Camden, Cape May, Cumberland, Essex, Gloucester, Hudson, Hunterdon, Mercer, Middlesex, Monmouth, Morris, Ocean, Passaic, Salem, Somerset, Sussex, Union, Warren.

Solo las personas que residen en el área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera del área de servicio. Consulte el **Capítulo 8** de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera del área de servicio.

E. ¿Cuáles son las calificaciones para ser elegible y ser miembro del plan?

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando cumpla con lo siguiente:

- vive en nuestra área de servicio (se considera que las personas encarceladas no viven en el área de servicio incluso si se encuentran físicamente en ella), **y**
- tiene la Parte A y la Parte B de Medicare, **y**
- es ciudadano o residente legal de los Estados Unidos, **y**



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

- Actualmente es elegible para recibir todos los beneficios de NJ FamilyCare.

Si pierde la elegibilidad, pero se espera que la recupere en un plazo de tres meses, sigue siendo elegible para nuestro plan.

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

F. Lo que debe esperar cuando se une a nuestro plan de salud

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, recibirá una evaluación de riesgo de salud (HRA) dentro de los 90 días antes o después de la fecha de inscripción efectiva.

Debemos realizar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcional que incluyen, entre otras, caminar, bañarse, comer, ir al baño y vestirse.

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una consulta presencial, llamada o correo telefónico.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

G. Su equipo de atención y plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarlo a seguir recibiendo la atención que necesita. El equipo de atención puede incluir a su médico, un administrador de atención u otro personal de salud que usted elija.

Un administrador de atención es una persona capacitada para ayudarlo a administrar la atención que necesita. Usted recibe un administrador de atención cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también lo remite a otros recursos comunitarios que nuestro plan puede no brindarle y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su administrador de atención y su equipo de atención.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para hacer un plan de atención. Un plan de atención le indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo recibirlos. Incluye sus necesidades médicas, de salud conductual y de MLTSS u otros servicios.

Su plan de atención incluye lo siguiente:



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Sus hallazgos de la HRA,
- lagunas en su atención,
- sus preferencias para asegurarse de que reciba la atención en función de sus necesidades,
- sus objetivos de atención médica, **y**
- un cronograma para recibir los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de su HRA. Le pregunta sobre los servicios que necesita. Y también le informa sobre los servicios que puede considerar obtener. Su plan de atención se crea conforme a sus necesidades y objetivos. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año.

H. Sus costos mensuales para Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

Nuestro plan no tiene ninguna prima.

H1. Prima mensual de la Parte B de Medicare

Medicaid paga su prima de la Parte B de Medicare cuando está inscrito en este plan.

I. Su Evidencia de cobertura

Su *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las normas en este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas normas, podría apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Evidencia de cobertura* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar una *Evidencia de cobertura* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página. También puede consultar la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, en la dirección web que aparece en la parte inferior de la página.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en nuestro plan, desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

J. Otra información importante que obtiene de nosotros



Otra información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de identificación de miembro, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias*, e la información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Formulario*.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

J1. Su tarjeta de identificación de miembro

Conforme a nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y NJ FamilyCare, incluidos los servicios de MLTSS, los servicios de salud conductual y los medicamentos con receta. Muestre esta tarjeta cuando recibe algún servicio o medicamento con receta. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de identificación de miembro:

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) - An Aetna Medicare Plan		
Member Name:	PCP:	\$0 Copay
Member ID:	Specialist:	\$0 Copay
Effective Date:	Emergency Room:	\$0 Copay
Issued Date:	Urgent Care:	\$0 Copay
Issuer: 80840	Dental:	\$0 Copay
RxBIN: 610502		
PCN: MEDDAET		
Rx Grp: RXAETD		
PCP Name: <PCP Name>		
PCP Phone: <PCP Phone>		
Dental Provider: LIBERTY Dental		
H6399-001		

Important Information: In case of an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room (ER). Prior authorization is not required for emergency services.	
For Members	
Member Services:	1-844-362-0934 (TTY: 711)
Behavioral Health Crisis:	1-844-362-0934 (TTY: 711)
Care Management:	1-844-362-0934 (TTY: 711)
24-Hour Nurse Advice:	1-844-362-0934 (TTY: 711)
Dental Services:	1-844-362-0934 (TTY: 711)
Website:	AetnaMedicare.com/NJDSNP
For Providers	
Medical	Pharmacy
Eligibility Verification: 1-844-362-0934 (TTY: 711)	Pharmacy Help Desk: 1-800-238-6279 (TTY: 711)
Prior Authorization: 1-844-362-0934 (TTY: 711)	Claim Inquiry: 1-844-362-0934 (TTY: 711)
Submit claims to: Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) P.O. Box 982967 El Paso, TX 79998-2967	
H6399-001	

Si la tarjeta de identificación de miembro se daña, se le pierde o se la roban, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página de inmediato. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Siempre y cuando sea miembro de nuestro plan, no es necesario que use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o la tarjeta de NJ FamilyCare para obtener servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de la identificación de miembro, el proveedor puede facturarle a Medicare en lugar de nuestro plan y usted puede obtener una factura. Consulte el **Capítulo 7** de su *Evidencia de cobertura* para averiguar qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* detalla los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (de manera electrónica o en un formulario de copia impresa) llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página. Las solicitudes de una copia impresa de los Directorios de proveedores y farmacias se le enviará por correo en el plazo de tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en la dirección web que aparece en la parte inferior de la página.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

El *Directorio de proveedores y farmacias* detalla nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos, e identifica a los proveedores participantes de NJ FamilyCare.

Definición de proveedores de la red

- Entre nuestros proveedores de la red se incluyen los siguientes:
 - médicos, enfermeros y otros profesionales de salud que puede utilizar como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de atención de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - MLTSS, servicios de salud conductual, agencias de atención médica a domicilio, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otros proveedores que brindan productos y servicios que usted recibe a través de Medicare o Medicaid.

Los proveedores de la red acuerdan aceptar pagos de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir medicamentos con receta para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que quiera comprar los medicamentos.
- Excepto durante una emergencia, debe obtener sus medicamentos con receta en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan los pague.

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 nuestro sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de la red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. En ella se explica qué medicamentos con receta cubre nuestro plan.

La Lista de medicamentos también le indica si existen normas o restricciones sobre cualquier medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información.

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la Lista de medicamentos, pero se pueden realizar algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en la dirección en la parte inferior de la página.

J4. La Explicación de beneficios

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, le enviamos un



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP).

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

La EOB le informa el monto total que usted u otra persona en su nombre gastó en medicamentos con receta de la Parte D de Medicare y el monto total que pagamos por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. **En el Capítulo 6** de su *Evidencia de cobertura* encontrará más información sobre la EOB y cómo le sirve para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página.

K. Mantenga actualizado su registro de miembro

Puede mantener actualizado su registro de miembro al informarnos cuándo cambia su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tengamos su información correcta en nuestros registros. Nuestros proveedores y farmacias de la red también deben obtener información correcta sobre usted. **Su registro de miembro se utiliza para saber cuáles son los servicios y medicamentos que recibe.**

Infórmenos de inmediato sobre lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o del empleador de su pareja doméstica, o compensación laboral;
- cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico;
- admisión a un centro de atención de enfermería u hospital;
- atención en un hospital o sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o cualquier persona responsable de usted); **y**
- participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No es obligatorio que nos informe sobre un estudio de investigación clínica en el que esté o forme parte, pero lo recomendamos que lo haga).

Si hay algún cambio, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página.

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

La información de su registro de miembro puede incluir información personal de salud (PHI). Las leyes federales y estatales requieren que mantengamos su PHI de forma privada. Protegemos su PHI. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de su *Evidencia de cobertura*.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

En este capítulo, encontrará información de contacto sobre los recursos importantes que pueden ayudarlo a responder a sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su administrador de atención y otras personas que actúen como su defensor. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Evidencia de cobertura*.

Índice

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

A. Departamento de Servicios para Miembros	15
B. Su administrador de atención	16
C. Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)	17
D. Organización para la mejora de la calidad (QIO)	18
E. Medicare	18
F. NJ FamilyCare (Medicaid)	19
G. Oficina del Defensor del Pueblo en materia de Seguros	20
H. Oficina del defensor del pueblo estatal para atención a largo plazo de New Jersey	20
I. Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	21
I1. Ayuda adicional	21
J. Seguro Social	21
K. Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)	22
L. Seguro grupal u otro seguro de un empleador	22



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

A. Departamento de Servicios para Miembros

LLAME AL	1-844-362-0934 (TTY: 711). Esta llamada es gratuita. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Tenemos servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
SITIO WEB	AetnaMedicare.com/NJDSNP

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre el plan.
- Preguntas sobre reclamaciones o la facturación.
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica.
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre lo siguiente:
 - Sus beneficios y servicios cubiertos.
 - Llámenos si tiene alguna pregunta sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de su *Evidencia de cobertura*.
- Apelaciones sobre su atención médica.
 - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos con respecto a su cobertura y pedirnos que la cambiemos si usted piensa que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su *Evidencia de cobertura* o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Reclamos sobre su atención médica.
 - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor de la red y fuera de ella). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar un reclamo ante nosotros o ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte **la Sección F**).
 - Puede llamarnos y explicar su reclamo al 1-844-362-0934 (TTY: 711).
 - Si su reclamo es sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar un reclamo sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Puede comunicarse con el programa Medicaid de su estado con un reclamo llamando a la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud del Departamento de Servicios Sociales de



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

- NJ al 1-800-701-0710 (TTY: 711).
- Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de su *Evidencia de cobertura*.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos.
 - Una decisión de cobertura sobre su medicamento es una decisión sobre lo siguiente:
 - Sus beneficios y medicamentos cubiertos.
 - Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D de Medicare y a los medicamentos cubiertos por NJ FamilyCare y de venta libre
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9** de su *Evidencia de cobertura*.
- Apelaciones sobre sus medicamentos.
 - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9** de su *Evidencia de cobertura*.
- Reclamos sobre sus medicamentos.
 - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye un reclamo sobre sus medicamentos con receta.
 - Si su reclamo es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar un reclamo sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9** de su *Evidencia de cobertura*.
- Pago de la atención médica o los medicamentos que usted ya pagó.
 - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de su *Evidencia de cobertura*.
 - Si nos pide que paguemos una factura y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de su *Evidencia de cobertura*.

B. Su administrador de atención

Los administradores de atención pueden ayudar con sus necesidades especiales de atención médica. Son enfermeras, trabajadores sociales y asesores autorizados que comprenden sus afecciones médicas. Trabajan con sus médicos para ayudarle a obtener la atención que necesita. Después de que esté inscrito, se le asignará un administrador de atención.

Si desea comunicarse con su administrador de atención, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711). Están aquí para usted de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana

Si desea solicitar un nuevo administrador de atención, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711). Estamos aquí para ayudarle de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

LLAME AL	1-844-362-0934 (TTY: 711). Esta llamada es gratuita. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Tenemos servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998

Comuníquese con su administrador de atención para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre su atención médica
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (tratamientos de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias).
- preguntas sobre el transporte
- Preguntas sobre los servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS).

C. Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) ofrece asesoramiento sobre seguros de salud, de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare. En New Jersey, el SHIP se denomina Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP).

El SHIP no está relacionado con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud.

LLAME AL	1-800-792-8820 de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 04:30 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	NJ State Health Insurance Assistance Program, PO Box 807, Trenton, NJ 08625
SITIO WEB	state.nj.us/humanservices/doas/services/ship

Póngase en contacto con el SHIP para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre Medicare
- Los asesores del SHIP pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarlo a lo siguiente:
 - comprender sus derechos,
 - comprender las opciones del plan,
 - presentar reclamos sobre su atención médica o tratamiento y



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

- resolver problemas con las facturas.

D. Organización para la mejora de la calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Livanta. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención que se ofrece a las personas que tienen Medicare. Livanta no está relacionada con nuestro plan.

LLAME AL	1-866-815-5440
TTY	1-866-868-2289
ESCRIBA A	Livanta LLC – BFCC-QIO, 10820 Guilford Road, Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	http://www.livantaqio.com/en/states/new_jersey

Póngase en contacto con Livanta para obtener ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica
- presentar un reclamo sobre la atención que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención,
 - considera que su hospitalización finaliza demasiado pronto, ●
 - considera que los servicios de atención médica a domicilio, los servicios en centros de atención de enfermería especializada o los servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

E. Medicare

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

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

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), Las llamadas a este número son gratuitas, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
-----------------	--



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Para llamarlo, debe tener un equipo telefónico especial.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de atención de enfermería, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospicios. Incluye sitios web útiles y números de teléfono. También tiene documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores locales pueden ayudarlo a visitar este sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare al número que figura más arriba y pedir lo que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted.

F. NJ FamilyCare (Medicaid)

NJ FamilyCare ayuda a solventar los costos médicos y de apoyo a largo plazo de las personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud del Departamento de Servicios Sociales de NJ.

Dado que usted es elegible tanto para Medicare como para Medicaid y está inscrito en ambos, la cobertura brindada a través de nuestro plan incluye la cobertura de todos los beneficios a los que tiene derecho en virtud del cuidado administrado de Medicaid (NJ FamilyCare). En consecuencia, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre todos sus beneficios de Medicaid como audífonos, exámenes de la vista de rutina y servicios dentales integrales. Además, Medicaid paga la prima de la Parte B de por usted.

LLAME AL	División de Asistencia Médica y Servicios de Salud del Departamento de Servicios Sociales de NJ 1-800-701-0710 Lunes y jueves, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. Los martes, miércoles y viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	NJ Department of Human Services, Division of Medical Assistance and Health Services, PO Box 712, Trenton, NJ 08625-0712
SITIO WEB	state.nj.us/humanservices/dmahs/



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

G. Oficina del Defensor del Pueblo en materia de Seguros

La Oficina del Defensor del Pueblo en materia de Seguros trabaja como defensor en su nombre. Allí le pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y pueden ayudarlo a comprender lo que debe hacer. La Oficina del Defensor del Pueblo en materia de Seguros también le ayuda a resolver problemas de servicios o facturación. No están relacionados con nuestro plan ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-800-446-7467 De lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 05:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	The Office of the Insurance Ombudsman, NJ Department of Banking and Insurance, PO Box 472, Trenton, NJ 08625-0472
SITIO WEB	state.nj.us/dobi/ombuds.htm

H. Oficina del defensor del pueblo estatal para atención a largo plazo de New Jersey

La Oficina del defensor del pueblo estatal para atención a largo plazo de New Jersey ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de convalecencia y a resolver problemas entre los hogares de convalecencia y los residentes o sus familiares.

La Oficina del defensor del pueblo estatal para atención a largo plazo de New Jersey no está relacionada con nuestro plan ni con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud.

LLAME AL	1-877-582-6995 De lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 04:30 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	NJ Long-Term Care Ombudsman, PO Box 852, Trenton, NJ 08625-0852
SITIO WEB	nj.gov/ooie/



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

I. Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web Medicare.gov (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) proporciona información sobre cómo disminuir los costos de los medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas que lo ayudan, tal como se describe a continuación.

I1. Ayuda adicional

Debido a que usted es elegible para Medicaid, cumple los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. No es necesario que haga nada para recibir esta “Ayuda adicional”.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), Las llamadas a este número son gratuitas, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Para llamarlo, debe tener un equipo telefónico especial.
SITIO WEB	www.medicare.gov

J. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y gestiona la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal (ESRD) y cumplen determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar sus servicios telefónicos automáticos para obtener información grabada y realizar algunas tareas comerciales durante las 24 horas.
-----------------	---



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Para llamarlo, debe tener un equipo telefónico especial.
SITIO WEB	www.ssa.gov

K. Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

La RRB es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe Medicare a través de la RRB, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB de 09:00 a. m. a 03:30 p. m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 09:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada durante las 24 horas, incluso los fines de semana y los días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para personas que tienen dificultad auditiva o del habla. Para llamar, debe tener un equipo telefónico especial. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov

L. Seguro grupal u otro seguro de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o socio doméstico (o el de su cónyuge). También puede llamar al 1-800-MEDICARE



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

(1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o grupo de jubilados), póngase en contacto con **el administrador de beneficios** de ese grupo. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

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

Introducción

Este capítulo tiene términos y normas específicas que debe saber para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le informa sobre el administrador de atención, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores en determinadas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), lo que debe hacer si se le facturan directamente servicios que cubrimos, y las normas para ser propietario de equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Evidencia de cobertura*.

Índice

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

A. Información sobre los servicios y proveedores	26
B. Normas para obtener los servicios que cubre nuestro plan	26
C. Su administrador de atención	27
C1. Qué es un administrador de atención	27
C2. Cómo puede ponerse en contacto con su administrador de atención	27
C3. Cómo puede cambiar de administrador de atención	27
D. Atención de los proveedores	27
D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)	27
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	29
D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan	29
D4. Proveedores fuera de la red	31
E. Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS)	31
F. Servicios de salud conductual (tratamientos de trastornos de salud mental y por abuso de sustancias)	32
G. Cómo obtener atención autodirigida a través del Programa de preferencias personales (PPP)	32
G1. ¿Qué es la atención autodirigida?	32
G2. ¿Quién puede obtener atención autodirigida?	32
G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores de atención personal	32



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

H. Servicios de transporte	33
I. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando es una urgencia o durante un desastre	33
I1. Atención en una emergencia médica	33
I2. Atención de urgencia	35
I3. Atención durante un desastre	35
J. Qué debe hacer si le facturan directamente por servicios que cubre nuestro plan	36
J1. Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios	36
K. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica	37
K1. Definición de un estudio de investigación clínica	37
K2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	37
K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica	37
L. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	38
L1. Definición de institución religiosa de atención sanitaria no médica	38
L2. Atención por parte de institución religiosa de atención sanitaria no médica	38
M. Equipo médico duradero (DME)	39
M1. DME como miembro de nuestro plan	39
M2. Propiedad de DME si se cambia a Original Medicare	39
M3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan	40
M4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA)	40



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

A. Información sobre los servicios y proveedores

Los **servicios** son atención médica, servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos con receta y de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que nuestro plan paga. Los servicios de atención médica, de salud conductual y MLTSS cubiertos se encuentran en el **Capítulo 4** de su *Evidencia de cobertura*. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta y de venta libre se encuentran en el **Capítulo 5** de su *Evidencia de cobertura*.

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipos médicos y algunos servicios MLTSS.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores están de acuerdo en aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando utiliza un proveedor de la red, por lo general no debe pagar nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y NJ FamilyCare. Esto incluye servicios de salud conductual y los servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS).

Generalmente, nuestro plan pagará los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y los MLTSS que usted recibe cuando cumple con nuestras normas. Para que el plan cubra estos servicios:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que lo incluimos en nuestra Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de su *Evidencia de cobertura*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por médicamente necesario, nos referimos a que necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ir a un hospital o centro de atención de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que solicite la atención o le indique que use otro médico. Como miembro del plan, debe elegir a un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - No necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o de urgencia, o para usar el proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la **Sección D1** de este capítulo).
- **Debe recibir atención de proveedores de la red**. Normalmente, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios brindados. A continuación, se presentan algunos casos en los que esta norma no se aplica:
 - Cubrimos la atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red (para



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

obtener más información sobre este tema, consulte la **Sección H** del capítulo).

- Si necesita atención que nuestro plan cubre y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización previa del plan antes de recibir la atención. En este caso, cubrimos la atención sin costo alguno para usted.
- Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando usted está fuera del área de servicio de nuestro plan durante un corto tiempo o cuando su proveedor no esté disponible o no sea accesible temporalmente. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.

C. Su administrador de atención

C1. Qué es un administrador de atención

Un administrador de atención es una persona capacitada que trabaja para nuestro plan para asegurarse de que obtenga la atención médica que necesita. Un administrador de atención, junto con otros miembros del equipo de atención, trabajará con usted para completar evaluaciones de riesgo de salud para crear su plan de atención personal. El administrador de atención también lo ayudará a obtener beneficios y a coordinar la programación de citas, y a acceder a recursos y apoyos comunitarios.

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

Cuando se haga miembro, se le asignará un administrador de atención. El administrador de atención se pondrá en contacto con usted cuando se inscriba en el plan. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda para comunicarse con su administrador de atención.

C3. Cómo puede cambiar de administrador de atención

Si desea cambiar de administrador de atención, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número que figura más abajo.

D. Atención de los proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)

Debe elegir a un PCP para que le brinde y administre su atención.

Definición de un PCP y lo que un PCP hace por usted

Como miembro de nuestro plan, debe tener un PCP de la red asignado en nuestros registros. Es muy importante que elija un PCP de la red y que nos informe a quién ha elegido. Su PCP puede ayudarlo a mantenerse saludable, tratar enfermedades y coordinar su atención con otros proveedores de atención médica. Su PCP (o el consultorio del PCP) figurará en su tarjeta de identificación de miembro. Si la tarjeta de identificación de miembro no muestra un PCP (o consultorio de un PCP) o si el PCP de su tarjeta no es el que desea utilizar, comuníquese con nosotros de inmediato.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

Según dónde viva, los siguientes tipos de proveedores pueden actuar como PCP:

- Médico de cabecera
- Internista
- Médico familiar
- Geriatra
- Auxiliares médicos
- Profesional en enfermería

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* o visite nuestro sitio web en AetnaMedicare.com/NJDSNP-find-provider para obtener una lista completa de los PCP en su área.

¿Cuál es la función de un PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

Su PCP proveerá la mayoría de su atención y, cuando necesite servicios más especializados, se coordinarán con otros proveedores. Su PCP lo ayudará a encontrar un especialista y coordinará los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Entre algunos de los servicios que el PCP coordinará, se incluyen los siguientes:

- radiografías
- análisis de laboratorio
- terapias
- atención de médicos especialistas
- internaciones en hospitales

La “coordinación” de sus servicios incluye verificar con otros proveedores del plan la atención que recibe y cómo evoluciona. Dado que el PCP brindará y coordinará la mayor parte de su atención médica, le recomendamos que envíe sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

¿Cuál función desempeña el PCP en la toma de decisiones o la obtención de autorización previa?

En algunos casos, es posible que su PCP (u otro proveedor) o usted como miembro del plan deba solicitar una aprobación por adelantado por parte de nuestro Departamento de Administración Médica para algunos tipos de servicios o pruebas. Esto se denomina obtener **autorización previa**. En el **Capítulo 4** se detallan los servicios y productos que requieren **autorización previa**.

Su elección de PCP

Puede seleccionar a su PCP en el *Directorio de proveedores y farmacias*, accediendo a nuestro sitio web en AetnaMedicare.com/NJDSNP-find-provider o bien, puede obtener ayuda del Departamento de Servicios para Miembros.

Si no seleccionó un PCP, se seleccionará uno para usted. Puede cambiar de PCP (como se explica más adelante en esta sección) por cualquier motivo y en cualquier momento; para hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Opción para cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también puede ocurrir que el PCP deje de estar en la red de nuestro plan. Si su PCP deja nuestra red, podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP en nuestra red.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

Para cambiar de PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros **antes** de programar una consulta con un PCP nuevo. Cuando llame, asegúrese de informar al Departamento de Servicios para Miembros si está consultando a algún especialista o está recibiendo otros servicios cubiertos que eran coordinados por su PCP (por ejemplo, servicios de atención médica a domicilio y equipos médicos duraderos). También verificará si el nuevo PCP que desea elegir acepta a nuevos pacientes. El Departamento de Servicios para Miembros cambiará su registro de miembro para reflejar el nombre de su nuevo PCP, le informará la fecha de entrada en vigencia de su solicitud de cambio y responderá a sus preguntas sobre este. También le enviará una nueva tarjeta de miembro que muestre el nombre o número de teléfono de su PCP nuevo.

En algunos casos, y por hasta cuatro meses pasada la fecha de cancelación efectiva (finalización del periodo de aviso), usted puede continuar recibiendo servicios cubiertos de parte de un médico u otro profesional de salud participantes que hayan abandonado la red.

Además, si está recibiendo ciertos tratamientos, puede obtener periodos de atención más prolongados, según se indica a continuación:

- Embarazo, hasta la evaluación posparto (hasta seis semanas luego del parto).
- Atención de seguimiento posoperatoria (hasta seis meses).
- Tratamiento oncológico (hasta un año).
- Tratamiento psiquiátrico (hasta un año).

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda atención médica en caso de enfermedad específica o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas, como los siguientes:

- Oncólogos: Tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: Tratan a los pacientes que tienen problemas cardíacos.
- Ortopedistas: Tratan a los pacientes que tienen problemas óseos, articulares o musculares.

¿Cuál es la función del PCP al remitir a los miembros a especialistas y otros proveedores?

Su PCP le proporcionará la mayor parte de la atención que usted recibe y ayudará a arreglar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro del plan.

- Su PCP puede remitirle a un especialista, pero usted puede consultar a cualquier especialista de nuestra red sin una remisión. Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* o acceda a nuestro sitio web en [AetnaMedicare.com/NJDSNP-find-provider](https://www.aetna.com/NJDSNP-find-provider) para obtener una lista completa de los PCP y otros proveedores participantes en su área.

¿Cuál función desempeña el PCP en la toma de decisiones o la obtención de autorización previa?

En algunos casos, es posible que su PCP (u otro proveedor) o usted como miembro del plan deba solicitar una aprobación por adelantado por parte de nuestro Departamento de Administración Médica para algunos tipos de servicios o pruebas. Esto se denomina obtener **autorización previa**. En el **Capítulo 4** se detallan los servicios y productos que requieren **autorización previa**.

D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

Un proveedor de la red que utiliza puede dejar de estar en nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja de participar en nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a los proveedores calificados.
- Le enviaremos un aviso en el que se explicará que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, se lo notificaremos si consultó a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted tiene asignado ese proveedor, actualmente recibe atención de ese proveedor o consultó a ese proveedor en los últimos tres meses.
- Le ayudamos a elegir un nuevo proveedor dentro de la red calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- En algunos casos, y por hasta cuatro meses pasada la fecha de cancelación efectiva (finalización del periodo de aviso), usted puede continuar recibiendo servicios cubiertos de parte de un proveedor que haya abandonado nuestra red.
- Si actualmente está realizando un tratamiento médico o alguna terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o la terapia médicamente necesarios que está recibiendo no se interrumpa y trabajaremos con usted para garantizarlo. Si está recibiendo ciertos tratamientos, es posible que pueda obtener periodos de atención más prolongados, según se indica a continuación:
 - Embarazo (hasta la evaluación posparto): Hasta seis semanas luego del parto.
 - Atención de seguimiento posoperatoria (atención brindada después de la cirugía): Hasta seis meses.
 - Tratamiento oncológico (tratamiento contra el cáncer): Hasta un año.
 - Tratamiento psiquiátrico (tratamiento de salud mental con un psiquiatra): Hasta un año.
- Le brindaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede que tenga para cambiar de plan.
- Si no encontramos un especialista calificado de la red que sea accesible para usted, debemos coordinar un especialista fuera de la red para que le brinde su atención cuando un proveedor dentro de la red o un beneficio no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que no estamos administrando correctamente su atención, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención, o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

En algunos casos, por hasta cuatro meses pasada la fecha de cancelación efectiva (finalización del periodo de aviso), usted puede continuar recibiendo servicios cubiertos de parte de un proveedor que haya abandonado nuestra red.

Además, si está recibiendo ciertos tratamientos, puede obtener periodos de atención más prolongados, según se indica a continuación:

- Embarazo, hasta la evaluación posparto (hasta seis semanas luego del parto).
- Atención de seguimiento posoperatoria (hasta seis meses).



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

- Tratamiento oncológico (hasta un año).
- Tratamiento psiquiátrico (hasta un año).

Si se entera de que uno de sus proveedores deja nuestro plan, póngase en contacto con nosotros. Podemos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al número que figura más abajo para obtener ayuda. También puede buscar a los proveedores participantes en el *Directorio de proveedores y farmacias* [AetnaMedicare.com/NJDSNP-find-provider](https://www.aetna.com/medicare/njdsnp-find-provider).

D4. Proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red. Si recibe atención no autorizada de un proveedor fuera de la red, es posible que rechacemos la cobertura y será responsable de pagar el costo completo. *Existen cuatro excepciones:*

- El plan cubre los cuidados de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare o NJ FamilyCare exigen que nuestro plan le cubra y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización previa del plan antes de recibir la atención. Su PCP u otro proveedor de la red se comunicará con nosotros para obtener la autorización, con el fin de que pueda consultar a un proveedor fuera de la red.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.
- Usted puede recibir servicios de planificación familiar a través de proveedores fuera de la red. En estos casos, los servicios quedarán cubiertos directamente mediante el pago por servicio de Medicaid.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare o NJ FamilyCare.

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

E. Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS)

El programa de MLTSS brinda servicios en el hogar y en la comunidad a los miembros que requieren el nivel de atención que normalmente se proporciona en un centro de atención de enfermería y les permite recibir la atención necesaria en un entorno residencial o comunitario.

Los MLTSS incluyen, entre otros, los siguientes servicios: Servicios de vida asistida; terapia cognitiva, del habla, ocupacional y fisioterapia; servicios de tareas domésticas; entrega de comidas a domicilio; modificaciones de la residencia (como instalación de rampas o barandas); modificaciones de vehículos;



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/medicare/njdsnp).

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

atención social diurna para adultos, y transporte no médico. El programa de MLTSS está disponible para los miembros que cumplen ciertos requisitos clínicos y financieros. Si desea obtener más información o solicitar una evaluación para determinar su elegibilidad para MLTSS, llame a su administrador de atención al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

F. Servicios de salud conductual (tratamientos de trastornos de salud mental y por abuso de sustancias)

Su plan cubre una gran cantidad de beneficios de salud conductual para usted. La salud conductual incluye los servicios de salud mental y de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias. Encontrará detalles en la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4**.

Al solicitar autorización previa o coordinar para recibir servicios de salud conductual, los miembros y proveedores deben llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711).

G. Cómo obtener atención autodirigida a través del Programa de preferencias personales (PPP)

G1. ¿Qué es la atención autodirigida?

El Programa de preferencias personales (PPP) de New Jersey cuenta con una forma para que los miembros de NJ FamilyCare que reúnan los requisitos para recibir los servicios de asistentes de atención personal (PCA) dirijan y administren los servicios de PCA.

G2. ¿Quién puede obtener atención autodirigida?

Los servicios de PCA son tareas relacionadas con la salud que no son de emergencia a través de NJ FamilyCare. Las tareas incluyen ayuda con las actividades de la vida diaria (ADL) y con las tareas domésticas esenciales para la salud y la comodidad del paciente, como bañarse, vestirse, preparación de comidas y tareas domésticas sencillas.

G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores de atención personal

Puede elegir a quién contratar para prestar los servicios de PCA. Puede contratar a un pariente, un amigo o un vecino. Pídale ayuda a su administrador de atención con este proceso. Si necesita ayuda para elegir los servicios o su PCA, puede elegir a alguien en quien confíe para que decida por usted.

También trabajará con un asesor financiero para elaborar un plan para gestionar el pago a su PCA.

Para participar en el PPP, debe cumplir con lo siguiente:



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

1. Debe ser aprobado para recibir los servicios de asistentes de atención personal (PCA) y necesita servicios de PCA durante al menos seis meses.
2. Debe ser capaz de dirigir y administrar sus servicios o elegir a alguien para que decida por usted.

Si desea solicitar una evaluación de PCA para inscribirse en el PPP, comuníquese con su administrador de atención al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

H. Servicios de transporte

- El transporte que no sea de emergencia, incluidos los vehículos de asistencia con la movilidad (MAV), ambulancia de soporte vital básico (BLS) que no sea de emergencia (camilla) y servicios de transporte de vehículos de alquiler (como pasajes o pases de autobús y tren o servicios de vehículos y reembolso de millas). Estos servicios son pagados directamente por Medicaid (también conocido como Pago por servicio de Medicaid).
- Nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura adicional para transporte que no sea de emergencia a través de la “tarjeta de beneficios adicionales”, tal como se describe en la Tabla de beneficios.

I. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando es una urgencia o durante un desastre

I1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como dolor intenso o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar lo siguiente:

- riesgo grave para su salud o la de su hijo no nacido; ●
- daño grave en las funciones corporales; ●
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ●
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - No hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto.
 - El traslado otro hospital puede ser una amenaza para su salud o seguridad, o la de su hijo no nacido.

Si tiene una emergencia médica, debe hacer lo siguiente:



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias o el hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. **No** necesita aprobación o una remisión de su PCP. **No** es necesario que use un proveedor de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cuando lo necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios o en todo el mundo, de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada.
- **Infórmele lo antes posible a nuestro plan acerca de la emergencia.** Hacemos un seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711). Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios a nivel mundial fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones:

- Atención de emergencia
- Atención de urgencia
- Transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano

El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los procedimientos optativos o programados con antelación no están cubiertos. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del **Capítulo 4**. Asegúrese de obtener una copia de todos sus registros médicos de su proveedor de atención de emergencia o de urgencia antes de que se vaya; es posible que deba presentar una reclamación o ayudar con el procesamiento de reclamaciones. Sin estos registros, es posible que no podamos pagar su reclamación.

Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan lo cubre. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de su *Evidencia de cobertura*.

Los proveedores que le brindan atención de emergencia deciden en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica. Seguirán tratándolo y se comunicarán con nosotros para planificar si necesita atención de seguimiento para mejorarse.

Atención de posterior a la estabilización se refiere a los servicios cubiertos relacionados con una afección médica de emergencia que se brindan después de que su afección médica de emergencia se haya estabilizado.

Nuestro plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención lo antes posible.

Cómo obtener atención de emergencia si no es una emergencia

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica o de salud conductual. Puede solicitar atención de emergencia y que el médico le informe que no se trataba en realidad de una emergencia. Siempre y cuando haya considerado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro, cubrimos su atención.

Una vez que el médico dice que no se trataba de una emergencia, cubrimos su atención adicional solo si



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

se ocurre lo siguiente:

- Usted utiliza un proveedor de la red, **o**
- La atención adicional que recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las normas para recibirla. Consulte la siguiente sección.

12. Atención de urgencia

La atención de urgencia es la atención que recibe para una situación que no es de emergencia, pero necesita atención de inmediato. Por ejemplo, puede tener una exacerbación de una afección existente o un dolor de garganta grave que se produce durante el fin de semana y necesita tratamiento.

Atención de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención de urgencia solo si:

- Recibe atención de un proveedor de la red **y**
- Sigue las normas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red, cubriremos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si necesita encontrar un centro de atención de urgencia, puede encontrar uno que pertenezca a la red y esté cerca de usted consultando el *Directorio de proveedores y farmacias*, consultando nuestro sitio web en [AetnaMedicare.com/NJDSNP-find-provider](https://www.aetna.com/medicare/njdsnps) o recibiendo ayuda del Departamento de Servicios para Miembros.

Atención de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

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

Nuestro plan cubre los servicios a nivel mundial fuera los Estados Unidos en las siguientes situaciones:

- Atención de emergencia
- Atención de urgencia
- Transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano

El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los procedimientos optativos o programados con antelación no están cubiertos. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del **Capítulo 4**. Asegúrese de obtener una copia de todos sus registros médicos de su proveedor de atención de emergencia o de urgencia antes de que se vaya; es posible que deba presentar una reclamación o ayudar con el procesamiento de reclamaciones. Sin estos registros, es posible que no podamos pagar su reclamación.

13. Atención durante un desastre



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/medicare/njdsnps).

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención a través de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo recibir atención durante un desastre declarado: [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/medicare/njdsnps).

Durante un desastre declarado, si no puede consultar con un proveedor de la red, puede obtener atención de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si usted no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información.

J. Qué debe hacer si le facturan directamente por servicios que cubre nuestro plan

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla a nuestro plan, debe pedirnos que paguemos la factura.

Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsarle.

Si pagó los servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de su *Evidencia de cobertura* para saber qué hacer.

J1. Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determinan como médicamente necesarios, **y**
- que se incluyen en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de su *Evidencia de cobertura*), **y**
- que recibe por cumplir con las normas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted paga el costo total de los servicios.**

Si desea saber si pagamos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos sobre ellos. También tiene derecho a solicitarlos por escrito. Si le comunicamos que no pagaremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* se explica qué hacer si quiere que cubramos un servicio o producto médicos. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Para obtener más información sobre sus derechos de apelación, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Pagamos algunos servicios hasta un determinado límite. Si usted excede el límite, paga el costo total para recibir más de ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para límites de beneficios específicos. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar cuáles son los límites de beneficios y cuánto ha utilizado de sus beneficios.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/medicare/njdsnps).

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

K1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado ensayo clínico) es una manera que los médicos utilizan para probar nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente pide voluntarios que estén en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe un estudio en el que usted quiere participar, y usted expresa interés, alguien que trabaja en el estudio se comunica con usted. Esta persona le informa sobre el estudio y determina si reúne los requisitos para participar en él. Puede participar en el estudio solo si cumple con las condiciones requeridas. Debe comprender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Puede seguir inscrito en nuestro plan mientras participa en el estudio. De esta manera, nuestro plan sigue cubriendo sus servicios y atención no relacionados con el estudio.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** es necesario que el proveedor de atención primaria o nosotros lo aprobemos. **No** es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio sean proveedores de la red.

Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios que paga nuestro plan que incluyan, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen determinados beneficios especificados en virtud de determinaciones nacionales de cobertura (NCD) y ensayos sobre dispositivos de investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Le recomendamos que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica cubierto para los inscritos por Original Medicare, le recomendamos a usted o a su administrador de atención que se comuniquen con el Departamento de Servicios para Miembros para informarnos que participará en un ensayo clínico.

K2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica.

Si es voluntario en un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, no paga nada por los servicios cubiertos del estudio. Medicare paga los servicios cubiertos del estudio y los costos de rutina relacionados con su atención. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para la mayoría de los servicios y productos que reciba como parte del estudio. Esto incluye lo siguiente:

- habitación y comida por una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.
- tratamiento de cualquier efecto secundario y complicaciones de la nueva atención.

Si es parte de un estudio que Medicare o nuestro plan **no** ha aprobado, usted paga todos los costos por participar en el estudio.

K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica si lee “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

L. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

L1. Definición de institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

Este beneficio es solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A de Medicare (servicios de atención sanitaria no médica).

L2. Atención por parte de institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico que “no esté exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención que es **voluntaria y no obligatoria** por la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención que **no es voluntaria y que es obligatoria** según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan se limita a aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se le brindan en un centro, usted debe:
 - Tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de que lo ingresan en el centro, o, de lo contrario, su hospitalización **no** estará cubierta.

Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria y las limitaciones como paciente internado, consulte la Tabla de beneficios del **Capítulo 4**.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME como miembro de nuestro plan

El DME incluye determinados productos médicamente necesarios solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital indicadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

Siempre será propietario de ciertos productos, como dispositivos protésicos.

En esta sección, analizamos su alquiler de DME. Como miembro de nuestro plan, por lo general, no tendrá posesión de DME, independientemente del tiempo que haya alquilado.

En ciertas situaciones limitadas, le transferiremos la posesión del producto DME. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y los papeles que debe presentar.

Incluso si ha tenido el DME durante hasta 12 meses consecutivos con Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, usted **no** será propietario del equipo.

M2. Propiedad de DME si se cambia a Original Medicare

En el programa de Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden pasar a ser sus propietarios después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de ser sus propietarios.

Nota: Puede encontrar definiciones de los planes de Original Medicare y MA en el **Capítulo 12**. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y usted para 2024)*. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Deberá realizar 13 pagos consecutivos en Original Medicare o deberá realizar el número de pagos seguidos establecido por el plan MA, para elegir el producto de DME si:

- usted no fue dueño del producto DME mientras estaba en nuestro plan **y**
- usted deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa de Original Medicare o en un plan MA.

Si realizó pagos por el producto DME en Original Medicare o un plan de MA antes de unirse a nuestro plan, los pagos del plan **Original Medicare o MA no se tienen en cuenta para los pagos que debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Deberá realizar 13 nuevos pagos seguidos conforme a Original Medicare o una cantidad de pagos nuevos seguidos establecido por el plan MA para elegir la propiedad del producto DME.
- No hay excepciones a este cuando regresa a Original Medicare o a un plan MA.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

M3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno cubiertos por Medicare y usted es miembro de nuestro plan, cubrimos lo siguiente:

- alquiler de equipos de oxígeno
- entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando ya no es médicamente necesario para usted o si usted deja nuestro plan.

M4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, usted lo alquilará a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales del alquiler cubren los equipos de oxígeno y los suministros y servicios mencionados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su proveedor debe proporcionar lo siguiente:

- equipo de oxígeno, suministros y servicios durante otros 24 meses
- equipos y suministros de oxígeno por hasta 5 años si es médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- Su proveedor ya no tiene que proporcionárselo y puede elegir obtener un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted le alquila a un proveedor durante 36 meses.
- Su proveedor luego proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada 5 años, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a otro plan de MA**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Original Medicare. Puede solicitarle a su nuevo plan de MA qué equipos de oxígeno y suministros cubre y cuáles serán sus costos.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

En este capítulo, se describen los servicios que cubre nuestro plan y cualquier restricción o límite en esos servicios. También le indica los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Evidencia de cobertura*.

Índice

Capítulo 4 Tabla de beneficios

A. Sus servicios cubiertos	42
B. Normas contra los proveedores que cobran por los servicios	42
C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan	42
D. Tabla de beneficios de nuestro plan	43
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	84
E1. Atención en hospicio	85
F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o NJ FamilyCare	85



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 4 Tabla de beneficios

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le indica los servicios que cubre nuestro plan. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de su *Evidencia de cobertura*.

Debido a que usted recibe asistencia de NJ FamilyCare, no paga nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando siga las normas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de su *Evidencia de cobertura* para obtener más detalles sobre las normas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711).

B. Normas contra los proveedores que cobran por los servicios

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

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si lo hace, consulte el **Capítulo 7** de su *Evidencia de cobertura* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le indica los servicios que nuestro plan paga. Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y se los explica.

Pagamos los servicios descritos en la Tabla de beneficios cuando se cumple con las siguientes normas. No paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla los requisitos que se describen a continuación.

- Proporcionamos servicios cubiertos por Medicare y NJ FamilyCare cubiertos según las normas establecidas por Medicare y NJ FamilyCare.
 - Los servicios (incluida la atención médica, los servicios de salud conductual y de tratamiento por abuso de sustancias, los servicios y apoyos administrados a largo plazo MLTSS, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser “médicamente necesarios”. Se describen los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ir a un hospital o centro de atención de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
 - Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea una atención de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. En el **Capítulo 3** de su *Evidencia de cobertura* encontrará más información sobre cómo utilizar
-



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

- proveedores dentro de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que brinda y administra su atención.
- Si se encuentra dentro del período de tres meses de elegibilidad considerada continua de nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, es posible que los beneficios que sean solo de Medicaid no estén cubiertos por nuestro plan. Para saber si un beneficio es únicamente de Medicaid o para saber si estará cubierto, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711). Todos los servicios de Medicare, incluidos los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, seguirán estando cubiertos con un costo compartido de \$0 (sin copagos, coseguros ni deducibles) durante el período de elegibilidad considerada continua.
- Cubrimos algunos servicios mencionados en la Tabla de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación primero. Esto se denomina autorización previa (PA). Marcamos los servicios cubiertos en la Tabla de beneficios que necesitan PA con negrita.

Información importante sobre los beneficios para todos los miembros que participen en los servicios de planificación de atención médica y bienestar (WHP).

- Dado que Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) participa en un programa de asistencia especial (LIS VBID) que brinda beneficios para ayudar a satisfacer las necesidades de atención médica, usted será elegible para recibir los siguientes servicios de planificación de atención médica y bienestar (WHP), incluidos los servicios de planificación de la atención con antelación (ACP):
 - Si en el futuro no puede tomar decisiones por usted mismo en cuanto a su atención médica, los profesionales médicos pueden asegurarse de que se cumplan sus deseos. La ACP implica mantener conversaciones y tomar decisiones sobre la atención que le gustaría recibir en el futuro.
 - Le ayudaremos con los formularios necesarios para otorgarle a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomarlas por sí mismo.
- Puede obtener asistencia con la ACP llamando al equipo de atención al 1-844-362-0934 (TTY: 711).
- Los servicios de WHP y ACP son voluntarios y puede rechazarlos si lo desea.
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

D. Tabla de beneficios de nuestro plan


🍏 Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

Servicios por los que nuestro plan paga	
🍏	Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagamos una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe
	<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>




Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
	Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal <i>(continuación)</i>
	una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.
	Acupuntura Pagamos las consultas de acupuntura si usted tiene dolor crónico en la región lumbar, definido como: <ul style="list-style-type: none"> • Tiene una duración de 12 semanas o más; • no es específico (no tiene una causa sistémica que se pueda identificar, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa) • Aquel que no está asociado con una cirugía, y • Aquel que no está asociado con un embarazo. <p>Se deben abandonar los tratamientos de acupuntura si no mejora o si empeora.</p>
	Pruebas de detección de consumo excesivo de alcohol y asesoramiento Nosotros pagamos una prueba de detección de consumo excesivo de alcohol para adultos que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Esto incluye mujeres embarazadas. Si el resultado de la prueba de detección de consumo excesivo de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personal todos los años (si es capaz y está alerta durante el asesoramiento) con un proveedor de atención primaria (PCP) calificado en un establecimiento de atención primaria.
	Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos incluye el servicio de ambulancia terrestre y aérea (avión y helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que las otras formas de llegar a un lugar de atención podría poner en riesgo su salud o vida. Debemos aprobar los servicios de ambulancia para otros casos (no de emergencia). Es posible que paguemos por una
	<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>





Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Servicios por los que nuestro plan paga	
	Servicios de ambulancia <i>(continuación)</i>
	ambulancia en casos que no son emergencias. Su afección debe ser suficientemente grave para que otras formas de llegar a un lugar de atención podrían poner en riesgo su vida o salud.
	Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia vía aeronave de ala fija.
	Examen físico de rutina anual El examen físico de rutina anual es un examen físico exhaustivo que incluye una recopilación de antecedentes médicos y también puede incluir cualquiera de los siguientes: Signos vitales, observación del aspecto general, examen de cabeza y cuello, examen de corazón y pulmón, examen abdominal, examen neurológico, examen dermatológico y examen de las extremidades. La cobertura de este beneficio no cubierto por Medicare se agrega a la consulta de bienestar anual cubierta por Medicare y a la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Puede programar su examen físico de rutina anual una vez por año calendario. Los análisis preventivos, las pruebas de detección o las pruebas de diagnóstico que se realicen durante esta consulta dependen de su cobertura de laboratorio y pruebas de diagnóstico. Consulte la sección Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos para obtener más información.
	Consulta anual de bienestar Puede obtener un examen anual. Esto se realiza para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en los factores de riesgo actuales. Pagamos por esto una vez cada 12 meses. Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta Bienvenido a Medicare . Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta “ Bienvenido a Medicare ” para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.
	Servicios para el trastorno del espectro autista Para todos los miembros con un diagnóstico de trastorno del espectro autista (ASD), pagamos lo siguiente: <i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>






Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
	<p>Servicios para el trastorno del espectro autista <i>(continuación)</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis conductual aplicado (ABA). • Servicios y dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa. • Servicios de integración sensorial (SI). • Servicios de salud asociados (fisioterapia, tratamiento ocupacional y tratamiento del habla). • Servicios basados en el desarrollo, las diferencias individuales y las relaciones (DIR), incluidos, entre otros, DIR Floortime y la terapia de enfoque Greenspan. <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>
	<p>Medición de la masa ósea</p> <p>Cubrimos determinados procedimientos para los miembros que reúnen los requisitos (por lo general, alguien en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran la pérdida de masa ósea o determinan la calidad del hueso.</p> <p>Pagamos los servicios una vez cada 24 meses, o más a menudo si es médicamente necesario. También pagamos para que un médico analice y haga comentarios sobre los resultados.</p>
	<p>Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 12 meses.
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</p> <p>Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir determinadas condiciones y tener una orden del médico.</p> <p>También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>




Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Servicios por los que nuestro plan paga	
	<p>Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardíacas)</p> <p>Pagamos una consulta por un año o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardíacas. Durante la consulta, su médico puede realizar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizar el consumo de aspirina, • controlar la presión arterial, o • dar consejos para asegurarse de que esté comiendo bien.
	<p>Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares (corazón)</p> <p>Pagamos los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares de manera anual para todos los miembros de 20 años o más, y con mayor frecuencia cuando esto es médicamente necesario. Estos análisis de sangre también controlan defectos debido al alto riesgo de enfermedades cardíacas.</p>
	<p>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • para todas las mujeres, se cubre lo siguiente: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 12 meses
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ajustes de la columna para corregir la alineación • Servicios de laboratorio clínico. • Determinados suministros médicos. • Equipo médico duradero. • Órtesis prefabricadas. • Servicios de fisioterapia. • Servicios radiológicos de diagnóstico cuando los receta 	
<p><i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i></p>	



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
	Servicios quiroprácticos <i>(continuación)</i>
	<p>un quiropráctico dentro del ámbito de su práctica médica.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>
	<p>Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Nosotros pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección enema de bario previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no son de alto riesgo después de haber recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo después de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Las pruebas de detección de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años o más. Dos veces por año calendario. • Prueba Guaiac-de detección de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años o más. Dos veces por año calendario. • Prueba multidiana de ADN en las heces para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Prueba de biomarcadores en la sangre para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a una sigmoidoscopia flexible para los pacientes que no corren un alto riesgo y de 45 años o más. Una vez como mínimo 48 meses después del último enema de bario de detección o
	<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>






Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

Servicios por los que nuestro plan paga	
	Prueba de detección de cáncer colorrectal <i>(continuación)</i>
	<p>sigmoidoscopia flexible de detección.</p> <p>Desde el 1 de enero de 2023, las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare que haya arrojado un resultado positivo.</p>
	<p>Servicios dentales</p> <p>Este beneficio incluye servicios de diagnóstico, prevención, restauración, endodoncia, periodoncia, prótesis, cirugía bucal y maxilofacial, así como otros servicios generales complementarios.</p> <p>Nosotros pagamos los exámenes dentales, las limpiezas, los tratamientos con flúor y las radiografías necesarias. Pagamos este servicio dos veces por año rotativo. Algunos ejemplos de servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones bucales (exámenes). • Radiografías y otras imágenes de diagnóstico. • Limpieza dental (profilaxis). • Tratamientos tópicos con flúor. • Empastes. • Coronas. • Tratamiento de conducto. • Raspado y pulido radicular. • Dentaduras postizas parciales y completas. • Procedimientos quirúrgicos bucales (que incluyen extracciones). • Sedación/anestesia intravenosa (cuando sea médicamente necesaria para procedimientos quirúrgicos bucales). <p>Se pueden considerar procedimientos adicionales de diagnóstico, preventivos y periodontales designados para los miembros con necesidades de atención médica especiales.</p> <p>Algunos procedimientos pueden requerir autorización previa junto con la documentación de necesidad médica, como los siguientes:</p>
	<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
	Servicios dentales <i>(continuación)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de ortodoncia para miembros de hasta 21 años con la documentación adecuada de una maloclusión que produce una discapacidad o de necesidad médica. • Tratamiento dental en un quirófano o centro quirúrgico ambulatorio. <p>Nosotros pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral de un tratamiento específico de una afección médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de mandíbula después de fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para cáncer que involucra la mandíbula o exámenes bucales anteriores al trasplante renal.</p>
	<p>Prueba de detección de depresión</p> <p>Pagamos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o remisiones.</p>
	<p>Prueba de detección de diabetes</p> <p>Pagamos por esta prueba (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles de triglicéridos y colesterol anormales (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa) <p>Los exámenes pueden estar cubiertos en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de las pruebas, puede reunir los requisitos para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>
	<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros</p>
	<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Servicios por los que nuestro plan paga	
	<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes <i>(continuación)</i></p>
	<p>Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (independientemente de si usan insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ un glucómetro ◦ tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre ◦ dispositivos de punción y lancetas ◦ soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave, pagamos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ un par de zapatos terapéuticos a medida (con plantillas), incluyendo la adaptación y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, ● ◦ un par de zapatos profundos, incluyendo la adaptación y tres pares de plantillas cada año (con los zapatos no se incluyen las plantillas extraíbles no personalizadas) • En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarlo a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos exclusivamente los glucómetros y las tiras reactivas OneTouch/LifeScan como nuestros suministros para la diabetes preferidos. OneTouch/LifeScan también cubre un dispositivo de punción, 10 lancetas y soluciones. Puede solicitar su medidor OneTouch, un dispositivo de punción y una funda sin receta visitando www.OneTouch.orderpoints.com. También puede llamar a LifeScan fácilmente al 877-764-5390. Deberá proporcionar el código de pedido 123AET200 al momento de hacer el pedido. El pedido llegará aproximadamente en 5-7 días hábiles a través de USPS.
	<p><i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i></p>



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
	<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (<i>continuación</i>)</p>
	<p>También puede obtener un medidor LifeScan o OneTouch en su farmacia de la red local, pero deberá proporcionarle una receta de su médico. También necesitará una receta para obtener las tiras reactivas LifeScan de su farmacia local.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se cubrirán los glucómetros y las tiras reactivas que no sean de LifeScan y que no tienen una excepción médica, o que tienen una excepción médica que no esté aprobada. • Los glucómetros en continuo (CGM) se consideran equipo médico duradero (DME). <p>Se requiere autorización previa para más de un glucómetro por año o para más de 100 tiras reactivas cada 30 días. Puede requerirse autorización previa para los zapatos y las plantillas para pacientes diabéticos. La autorización previa es responsabilidad de su proveedor.</p>
	<p>Servicio de doulas</p> <p>Nosotros pagamos el servicio de una doula. Una doula es una profesional capacitada que proporciona apoyo físico, emocional e informativo continuo a la madre durante todo el periodo perinatal. La doula también puede proporcionar apoyo informativo para recursos comunitarios. La doula no sustituye al profesional médico autorizado y no puede realizar tareas clínicas.</p>
	<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>Consulte el Capítulo 12 de su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener una definición de “Equipo médico duradero (DME)”.</p> <p>Cubrimos los siguientes productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sillas de ruedas • muletas • sistemas de colchones eléctricos • suministros para la diabetes • cama de hospital recetada por un proveedor para usar en el hogar • bombas de infusión intravenosa y soportes • dispositivos para la generación del habla



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Servicios por los que nuestro plan paga	
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados <i>(continuación)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • equipos y suministros de oxígeno • nebulizadores • andadores • bastón estándar con mango curvo o bastón de cuatro apoyos y suministros de reemplazo • tracción cervical (sobre la puerta) • estimulador óseo • equipos de atención de diálisis <p>Otros productos pueden estar cubiertos.</p> <p>Los monitores de glucosa en continuo (CGM) y los suministros están disponibles a través de los proveedores participantes de DME. Para obtener una lista de proveedores de DME, visite www.aetna.com/dsepublicContent/assets/pdf/en/DME_National_Provider_Listing.pdf.</p> <p>Los glucómetros de monitoreo continuo y los suministros de marca Dexcom o FreeStyle Libre también se encuentran disponibles en las farmacias participantes.</p> <p>Su proveedor debe obtener la autorización para un glucómetro de monitoreo continuo. Los sensores se pueden obtener sin autorización del plan.</p> <p>Pagamos todos los DME médicamente necesarios que Medicare y Medicaid generalmente pagan. Si nuestro proveedor en su área no lleva una marca o fabricante en particular, puede pedirles que le realicen un pedido especial para usted. Puede consultar la lista más actualizada de farmacias participantes y proveedores en nuestro sitio web en AetnaMedicare.com/NJDSNP-find-provider.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)	
<p>Para los miembros menores de 21 años, pagamos los siguientes servicios:</p>	
<p><i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i></p>	



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
<p>Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bienestar infantil. • Pruebas de detección preventivas. • Exámenes médicos. • Pruebas de detección y servicios auditivos y de la vista. • Inmunizaciones. • Prueba de detección de plomo. • Servicios de atención de enfermería privada. <p>Nosotros pagamos la atención de enfermería privada para los miembros elegibles para recibir los servicios de EPSDT menores de 21 años de edad que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia son servicios con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • son dados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia, y • son necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, nadie con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riesgo grave para su salud o la de su hijo no nacido; ● • daño grave en las funciones corporales; ● • disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ◦ No hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto. ◦ El traslado otro hospital puede ser una amenaza 	<p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección se estabilice, debe recibir la atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan.</p>
<p><i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i></p>	



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Servicios por los que nuestro plan paga	
Atención de emergencia <i>(continuación)</i>	
<p>para su salud o seguridad, o la de su hijo no nacido.</p> <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia (en todo el mundo) • Servicios de ambulancia de emergencia (en todo el mundo) 	
Tarjeta de beneficios adicionales	
<p>Con este plan, usted recibe una tarjeta de beneficios adicionales para ayudarle a pagar sus gastos diarios. Incluirá lo siguiente:</p> <p>Monto de la billetera de apoyo adicional: \$305 de monto de beneficio mensual (asignación) para pagar cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos saludables, como carne, productos frescos y lácteos. • Productos de venta libre (OTC), incluidos productos de salud y bienestar como medicamentos para las alergias, analgésicos, suministros de primeros auxilios y pruebas de COVID-19 • Servicios de transporte, incluidos gas, transporte público y servicios de viajes compartidos • Servicios públicos, incluidos gas, electricidad, teléfono y servicio de Internet • Productos de atención personal, incluidos toallas de papel, champú y jabón • Ayuda para el alquiler o la hipoteca <p>El monto mensual de los beneficios estará disponible en la tarjeta el primer día de cada mes. Asegúrese de usar el monto de beneficios cada mes, porque cualquier monto de beneficios que no se utilice no se transferirá al siguiente mes.</p> <p>Nos asociamos con NationsBenefits para brindarle este beneficio.</p> <p>Recibirá la tarjeta de beneficios adicionales por correo antes o poco después de que el plan comience. Incluirá detalles sobre cómo activar y usar la tarjeta. Si ya tiene una tarjeta</p>	
<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>	



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
Tarjeta de beneficios adicionales <i>(continuación)</i>	
<p>adicional de beneficios, no recibirá una tarjeta nueva y podrá continuar usando su tarjeta actual en 2024. La información sobre los cambios de beneficios de la tarjeta se enviará por correo antes del 1 de enero de 2024.</p> <p>Para obtener más información, puede comunicarse con NationsBenefits al 1-877-204-1817 (TTY: 711) o visitar Aetna.NationsBenefits.com.</p> <p>Importante: El plan no se hace responsable por la pérdida o la roba de tarjetas, ni por los cargos relacionados con las demoras en el pago de los servicios públicos, el alquiler o la hipoteca.</p>	
Prevención de caídas	
<p>Usted recibe \$150 de monto de beneficios (asignación) cada año para comprar determinados dispositivos de seguridad para el hogar y el baño aprobados. Estos dispositivos pueden ayudarlo a controlar las discapacidades físicas y mejorar su capacidad para desplazarse con seguridad por el hogar.</p> <p>Para obtener más información sobre este beneficio y los dispositivos de seguridad disponibles para usted, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Existe un límite de 3 pedidos por año, hasta el monto de beneficios anual. Usted no puede pagar de su bolsillo si su compra está por encima del monto de beneficios. Los productos cubiertos se le enviarán directamente a usted y usted es responsable de cualquier montaje o instalación requeridos.</p>	
Servicios de planificación familiar	
<p>La ley le permite elegir a cualquier proveedor de la red, ya sea un proveedor fuera de la red, para determinados servicios de planificación familiar. Esto significa que cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> examen de planificación familiar y tratamiento médico 	
<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>	




Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Servicios por los que nuestro plan paga		
Servicios de planificación familiar <i>(continuación)</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • análisis de laboratorio y diagnóstico de planificación familiar • métodos de planificación familiar (IUC/IUD, implantes, inyecciones, píldoras para control de la natalidad, parche o anillo) • suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma, tapa) • asesoramiento y diagnóstico de servicios relacionados • asesoramiento, pruebas y tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (ETS) • asesoramiento y pruebas para el VIH y el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH • anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario de consentimiento federal para esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía). • asesoramiento genético <p>También pagamos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe usar un proveedor de nuestra red de proveedores para recibir los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento para la infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada). • tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH • análisis genético <p>Los servicios brindados por proveedores fuera de la red están pagados directamente por Medicaid.</p>		
Programa de acondicionamiento físico (ejercicio)		
<p>Tiene cubierta la membresía básica en cualquier centro de acondicionamiento físico de SilverSneakers® participante.</p> <p>Si no reside cerca de un centro participante, o prefiere ejercitarse en casa, las clases en línea y los kits de acondicionamiento físico para el hogar están a su disposición. Puede solicitar un kit de acondicionamiento físico por año a través de SilverSneakers.</p> <p>También tendrá acceso a clases enriquecedoras en línea que</p> <p><i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i></p>		




Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
	Programa de acondicionamiento físico <i>(continuación)</i>
	<p>contribuyen a su salud y bienestar, así como su acondicionamiento mental. Las clases de salud y bienestar incluyen, entre otros, lo siguiente: Cocina, comida y nutrición, y atención plena. Las clases de acondicionamiento mental incluyen, entre otros, lo siguiente: Habilidades nuevas, organización, autoayuda y cómo mantenerse conectado. Se puede acceder a estas clases en línea en SilverSneakers.com.</p> <p>Para comenzar, necesitará su número de identificación de SilverSneakers. Visite SilverSneakers.com o llame a SilverSneakers al 1-888-423-4632 (TTY/TDD: 711) para obtener este número de identificación. Luego, lleve este número de identificación cuando visite un centro de acondicionamiento físico participante. Para obtener información sobre los centros participantes, puede consultar el sitio web de SilverSneakers o llamar a SilverSneakers.</p>
	<p>Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea de enfermería durante las 24 horas: Hable con un enfermero certificado durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Llame al 1-844-362-0934 (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711 para recibir asistencia).
	<p>Servicios auditivos</p> <p>Pagamos las pruebas auditivas y de equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas indicarán si necesita tratamiento médico. Las pruebas están cubiertas como atención para pacientes externos cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos de rutina. • Exámenes de audición de diagnóstico y pruebas de equilibrio. • Exámenes otológicos y para audífonos antes de recetar audífonos. • Audífonos, así como accesorios y suministros relacionados. • Pruebas para ajustar audífonos. • Exámenes y ajustes de seguimiento. • Reparaciones pasada la fecha de garantía.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Servicios por los que nuestro plan paga	
 <p>Prueba de detección de VIH</p> <p>Pagamos una prueba de detección de VIH cada 12 meses para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soliciten una prueba de detección de VIH o • que tienen mayor riesgo de infección por el VIH. <p>Para las mujeres embarazadas, pagamos hasta tres pruebas de detección de VIH durante el embarazo.</p>	
<p>Atención médica a domicilio</p> <p>Antes de poder obtener servicios de salud a domicilio, un médico debe informarnos que los necesita y deben ser proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y, tal vez, otros servicios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo. • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • equipos y suministros médicos <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Tratamiento de infusión en el hogar</p> <p>Nuestro plan paga los tratamientos de infusión en el hogar, definidos como medicamentos o sustancias biológicas administradas en una vena o debajo de la piel y que se administran en su casa. Lo siguiente es necesario para llevar a cabo una infusión en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o sustancia biológica, por ejemplo, un antiviral o inmunoglobulinas; • equipos, como una bomba; y • suministros, como tubos o catéter. <p>Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar que</p> <p><i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i></p>	




Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
Tratamiento de infusión en el hogar <i>(continuación)</i>	
<p>incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con su plan de atención; • capacitación de los miembros e información que aún no está incluida en el beneficio de DME; • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para la prestación del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos para infusión en el hogar que brinde un proveedor calificado para este tipo de tratamiento. 	
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que viva seis meses o menos. Puede obtener atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar síntomas y dolor • cuidados paliativos a corto plazo • atención a domicilio <p>El plan también cubre ciertos equipos médicos duraderos, como así también asesoramiento espiritual y para el duelo. Para los miembros menores de 21 años, se cubren la atención paliativa y la atención curativa.</p> <p>Los servicios de hospicio y servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para obtener información, consulte la Sección E de este capítulo. 	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare, y no Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), paga los servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.</p> <p>Las consultas en un hospicio están incluidas como parte de la atención hospitalaria para pacientes internados.</p>
<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>	



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Servicios por los que nuestro plan paga	
Atención en hospicio <i>(continuación)</i>	
<p>Para los servicios cubiertos por nuestro plan, que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nuestro plan cubre servicios no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Cubrimos los servicios, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. No debe pagar nada por estos servicios. <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de Medicare de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>. <p>Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio, llame a su coordinador administrador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros para coordinar los servicios. Atención médica que no sea en un hospicio es la atención que no está relacionada con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre toda la atención médica que no esté relacionada con su pronóstico terminal como lo haría normalmente.</p>	
	<p>Inmunizaciones</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vacuna contra la neumonía. Vacunas antigripales, una vez cada temporada de la influenza, en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. Vacunas contra la COVID-19. Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>Pagamos otras vacunas que cumplen con las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>
Atención hospitalaria para pacientes internados	
Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de	
<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>	
Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención para pacientes internados en un	



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP).

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados <i>(continuación)</i></p> <p>rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería regulares. • Costos de las unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o coronarios. • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Aparatos, como sillas de ruedas. • Servicios de sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios de tratamiento de desórdenes por abuso de sustancias para pacientes internados. • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: Córnea, riñón, páncreas o riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplante aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los proveedores locales de trasplantes están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede recibir sus servicios de trasplante de forma local o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si nuestro plan brinda servicios de trasplante fuera del patrón de atención de su comunidad y usted elige recibir su trasplante allí, coordinaremos o pagaremos los costos de viaje y alojamiento para usted y otra persona.</p>	<p>hospital fuera de la red después de que su emergencia se estabilice.</p>
<p><i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i></p>	



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Servicios por los que nuestro plan paga	
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • sangre (incluidos almacenamiento y administración) • servicios médicos <p>Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Es usted un paciente internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. Puede consultar esta hoja de datos en línea en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Las llamadas a estos números son gratuitas, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Nosotros pagamos los servicios de salud mental que requieren hospitalización. Nosotros pagamos la hospitalización de pacientes agudos en un hospital general, independientemente del diagnóstico de admisión o tratamiento.</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. • Servicios brindados en un hospital general, una unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos, un centro de atención a corto plazo (STCF) o un hospital de acceso crítico. • Desintoxicación médica para pacientes internados 	
<p><i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i></p>	




Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico <i>(continuación)</i>	
(manejo de la abstinencia a cargo de un médico para pacientes internados).	
Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.	
<p>Servicios y suministros para enfermedades renales</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Debe tener una enfermedad renal crónica en la etapa IV y su médico debe remitirlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos, incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 de su <i>Evidencia de cobertura</i>, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es ingresado en el hospital como paciente internado para recibir atención especial. • Capacitación para autodiálisis, incluso capacitación para usted y para cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar. • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio, como las visitas necesarias por parte de trabajadores capacitados y capacitados para verificar cómo va con la diálisis a domicilio, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua. <p>Los beneficios para medicamentos de la Parte B de Medicare pagan por algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p>	
<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>	




Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Servicios por los que nuestro plan paga	
Servicios y suministros para enfermedades renales <i>(continuación)</i>	
Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.	
 Prueba de detección de cáncer de pulmón Nuestro plan paga por la prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: <ul style="list-style-type: none"> • tiene de 50 a 77 años; y • asiste a una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor calificado, y • ha fumado por lo menos 1 paquete de cigarrillos por día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, o fuma ahora, o dejó de fumar en los últimos 15 años. Después de la primera prueba de detección, nuestro plan paga otra prueba de detección por año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado.	
Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS) El programa de MLTSS brinda servicios en el hogar y en la comunidad a los miembros que requieren el nivel de atención que normalmente se proporciona en un centro de atención de enfermería y les permite recibir la atención necesaria en un entorno residencial o comunitario. Este programa de MLTSS está disponible para los miembros que cumplen ciertos requisitos clínicos y financieros. Los servicios de MLTSS incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de vida asistida. • Terapia cognitiva, del habla, ocupacional y fisioterapia. • servicios de tareas domésticas • entrega de comidas a domicilio • Modificaciones en la residencia (como la instalación de rampas o barras de sujeción). • Modificaciones de los vehículos. • Atención social diurna para adultos. • Transporte no médico. 	
<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>	




Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS) (continuación)	
Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.	
<p>Beneficio de comidas</p> <p>Después del alta de un hospital de cuidados agudos para pacientes internados, hospital psiquiátrico para pacientes internados o centro de atención de enfermería especializada y de regreso a su hogar, es posible que sea elegible para recibir en su domicilio un máximo de 28 comidas durante un período de 14 días. Una vez que el plan confirme que este beneficio ayudará en su recuperación o a tratar sus afecciones médicas, y que no se trata solo de una función de conveniencia o comodidad, nuestro socio, NationsMarket, se pondrá en contacto con usted para programar el envío.</p> <p>Nota: Las hospitalizaciones como paciente externo y para observación no lo hacen elegible para recibir este beneficio. Las comidas deben programarse para la entrega en el plazo de tres meses desde el alta calificada.</p>	
<p>Atención médica diurna</p> <p>Este beneficio es para las personas que tienen discapacidades físicas o cognitivas.</p> <p>Nuestro plan paga los servicios preventivos, terapéuticos, de diagnóstico y de rehabilitación bajo la supervisión de médicos y enfermeros en un entorno de atención ambulatoria y se brinda para satisfacer las necesidades de las personas que tienen discapacidades físicas o cognitivas con el fin de apoyar la vida en la comunidad.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p> Tratamiento médico nutricional</p> <p>Este beneficio es para las personas que padecen diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando el médico así lo indique.</p> <p>Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe servicios de tratamiento médico nutricional en virtud de Medicare. Podemos aprobar los servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p>	
<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>	



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Servicios por los que nuestro plan paga	
	Tratamiento médico nutricional <i>(continuación)</i>
	Pagamos dos horas de servicios de asesoramiento individual cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año si necesita tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar los servicios adicionales si son médicamente necesarios.
	Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarlo a mejorar el comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en: <ul style="list-style-type: none"> • cambios alimenticios a largo plazo, y • aumento de la actividad física, y • maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.
	Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Medicare cubre estos medicamentos. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suele administrarse usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe los servicios del médico, del hospital o del centro de cirugía ambulatoria. • Insulina administrada a través de un producto de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) que nuestro plan autorizó. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Pagamos estos medicamentos si usted está confinado en el hogar, tiene una fractura ósea que el médico confirma que está relacionada con la osteoporosis
	Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.
	<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
	<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • posmenopáusica y no puede inyectar el medicamento usted mismo. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para diálisis domiciliaria, incluso heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetina Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias <p>El siguiente enlace lo envía a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: AetnaBetterHealth.com/new-jersey-hmosnp/providers/prior-authorization.html</p> <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i> explica nuestros beneficios de medicamentos con receta para pacientes externos. Explica las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para medicamentos con receta.</p> <p>En el Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>, encontrará más información sobre la <i>Explicación de beneficios (EOB)</i> y cómo le ayuda a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>
	<p>Atención en un centro de atención de enfermería</p> <p>Un centro de atención de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en el hogar, pero que no necesitan estar en un hospital.</p> <p>Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los</p> <p><i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i></p>




Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Servicios por los que nuestro plan paga	
Atención en un centro de atención de enfermería <i>(continuación)</i>	
<p>siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Tratamiento respiratorio. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • sangre (incluidos almacenamiento y administración) • Suministros médicos y quirúrgicos, generalmente, administrados por centros de atención de enfermería. • Análisis de laboratorio que generalmente se realizan en centros de atención de enfermería. • Radiografías y otros servicios radiológicos, generalmente administrados por centros de atención de enfermería. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionadas por los centros de atención de enfermería. • Servicios médicos o profesionales. • Equipo médico duradero. • Servicios dentales, incluidos las dentaduras postizas. • Beneficios de la vista. • Exámenes auditivos. • Atención quiropráctica. • Servicios de podiatría. <p>Por lo general, recibe atención en los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no forma parte de nuestra red. Puede obtener atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un centro de atención de enfermería o una comunidad de atención continua para jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería). 	
<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>	



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
	<p>Atención en un centro de atención de enfermería (continuación)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • un centro de atención de enfermería donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted recibe el alta del hospital. <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>
	<p>Prueba de detección de obesidad y tratamiento para mantener el peso bajo</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe obtener el asesoramiento en un establecimiento de atención primaria. De esta manera, se puede administrar con su plan completo de prevención. Para obtener más información, consulte a su proveedor de atención primaria.</p>
	<p>Programa de tratamiento del consumo de opioides (OTP)</p> <p>Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar un trastorno por el consumo de opioides (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de ingesta • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, administrar y brindarle estos medicamentos • asesoramiento ante el consumo de sustancias • tratamiento individual y grupal • análisis para medicamentos o productos químicos en su cuerpo (pruebas de toxicología) <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>
	<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • tratamiento de radiación (radio e isótopos), que incluye
<p><i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i></p>	



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Servicios por los que nuestro plan paga	
	Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos <i>(continuación)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • materiales de los técnicos y suministros • suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio. • sangre (incluidos almacenamiento y administración) • otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>
	<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>Pagamos los servicios médicamente necesarios que se le hayan prestado en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como cirugía o servicios de observación para pacientes externos. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita que lo ingresen en el hospital como “paciente internado”. ◦ A veces, puede estar en el hospital durante la noche y seguir siendo “paciente externo”. ◦ Puede obtener más información sobre cómo ser paciente internado o externo en esta hoja de datos: www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf. • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Servicios y pruebas de detección preventivas que se enumeran en la Tabla de beneficios.
	<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
Servicios hospitalarios para pacientes externos <i>(continuación)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Algunos medicamentos que no se pueden autoadministrar. <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes externos</p> <p>Pagamos los servicios de salud mental que brindan las siguientes personas: ·</p> <ul style="list-style-type: none"> un psiquiatra o médico autorizado por el estado un psicólogo clínico un asistente social clínico un especialista en enfermería clínica Asesor profesional autorizado (LPC). Terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT). Profesional en enfermería (NP). Auxiliar médico (PA). cualquier otro profesional de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable Red de practicantes independientes o IPN (psiquiatras, psicólogos o enfermeros de prácticas avanzadas [APN]). <p>Además, el plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rehabilitación de salud mental para adultos (departamentos y hogares grupales supervisados). Salud mental como paciente externo (servicios hospitalarios o clínicos). Atención parcial y administración de medicamentos. <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Pagamos fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes</p>	
<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>	



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

Servicios por los que nuestro plan paga	
Servicios de rehabilitación para pacientes externos <i>(continuación)</i>	
externos de departamentos hospitalarios para pacientes externos, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) y otros centros.	
<p>Servicios de tratamiento como paciente externo para desórdenes por el consumo de sustancias</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y, tal vez, otros servicios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pruebas de detección de consumo excesivo de alcohol y asesoramiento • tratamiento por abuso de medicamentos • asesoramiento individual o grupal por un clínico calificado • desintoxicación subaguda en un programa de adicción residencial • servicios de alcohol o medicamentos en un centro de tratamiento intensivo para pacientes externos • tratamiento de Naltrexona de liberación prolongada (vivitrol) <p>El plan cubre pruebas de detección de desórdenes por abuso de sustancias, remisiones, medicamentos con receta y tratamientos para afecciones. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desintoxicación no médica/manejo de la abstinencia no basado en un hospital. • Servicios residenciales de asesoramiento a corto plazo para desórdenes por el consumo de sustancias. • Tratamiento ambulatorio de la abstinencia con control extendido en el lugar/desintoxicación ambulatoria. • Atención parcial para desórdenes por el consumo de sustancias. • Cuidados intensivos como paciente externo para desórdenes por el consumo de sustancias. • Atención como paciente externo para desórdenes por el consumo de sustancias. • Servicios de tratamiento con opioides (tratamiento asistido por medicamentos que no son a base de metadona). 	
<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>	



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
<p>Servicios de tratamiento como paciente externo para desórdenes por el consumo de sustancias <i>(continuación)</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Consulte “Servicios del programa de tratamiento del consumo de opioides (OTP)” que figura anteriormente en esta tabla para obtener más detalles. • Servicios de apoyo para la recuperación entre pares (PRSS) <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Cirugía para pacientes externos</p> <p>Pagamos por la cirugía y servicios para pacientes externos en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudarle a evitar que tenga que permanecer en el hospital.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Asistencia de atención personal (PCA)</p> <p>Cubre las tareas relacionadas con la salud realizadas por una persona calificada en el hogar del beneficiario, bajo la supervisión de un enfermero profesional registrado, según lo establecido por un médico conforme al plan de atención escrito del beneficiario.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Sistema personal de respuesta para emergencias</p> <p>Cubrimos un sistema personal de respuesta para emergencias que le proporciona acceso para recibir ayuda en</p>	
<p><i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i></p>	



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Servicios por los que nuestro plan paga	
Sistema personal de respuesta para emergencias <i>(continuación)</i>	
caso de emergencia, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Este beneficio incluye el equipo (particular o móvil con GPS), envío, cumplimiento, monitoreo y servicio al cliente. Puede llamar a LifeStation al número 1-855-798-9948 gratuito para inscribirse.	
<p>Servicios médicos o de proveedores, incluidas las consultas en el consultorio del médico</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios brindados en lugares como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • consultorio médico • centro quirúrgico ambulatorio certificado • departamento hospitalario para pacientes externos • consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio administrados por su especialista, si el médico así los indica para averiguar si usted necesita tratamiento. • Determinados servicios de telesalud, siempre y cuando su proveedor pueda ofrecer estos servicios a través de la telesalud, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Servicios de médicos de atención primaria ◦ Servicios médicos especializados ◦ Servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes ◦ Servicios educativos sobre enfermedad renal ◦ Servicios de salud mental (sesiones individuales) ◦ Servicios de salud mental (sesiones grupales) ◦ Servicios de terapia ocupacional ◦ Servicios de tratamiento del consumo de opioides ◦ Servicios de abuso de sustancias para pacientes externos (sesiones individuales) ◦ Servicios de abuso de sustancias para pacientes externos (sesiones grupales) ◦ Servicios de fisioterapia y terapia del habla. ◦ Servicios psiquiátricos (sesiones individuales) 	



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
Servicios de médicos o proveedores, incluidas las consultas en el consultorio del médico <i>(continuación)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Servicios psiquiátricos (sesiones grupales) ◦ Servicios de urgencia • Esta cobertura es complementaria a los servicios de telesalud que se describen a continuación. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe recurrir a un proveedor de la red que ofrezca los servicios por este medio. No todos los proveedores ofrecen servicios de telesalud. ◦ Debe comunicarse con su médico para obtener información sobre qué servicios de telesalud ofrece y cómo programar una consulta de telesalud. Según la ubicación, usted también tiene la opción de programar una visita de telemedicina durante las 24 horas del día y los 7 días de la semana mediante Teladoc, las consultas por video de MinuteClinic u otro proveedor que ofrezca servicios de telemedicina que estén cubiertos por su plan. Puede acceder a Teladoc en Teladoc.com/Aetna o llamando al 1-855-TELADOC (1-855-835-2362) (TTY: 711). Puede averiguar si las consultas por video de MinuteClinic están disponibles en su área en CVS.com/MinuteClinic/virtual-care/videovisit. • Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional de la salud para pacientes en ciertas áreas rurales y otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para miembros que realizan diálisis en el hogar en un centro para diálisis renal de un hospital o de un hospital con acceso crítico, centro para diálisis renal o el hogar. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular. • Servicios de telesalud para los miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente • Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental 	
<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>	




Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

Servicios por los que nuestro plan paga	
	Servicios de médicos o proveedores, incluidas las consultas en el consultorio del médico <i>(continuación)</i>
	<p>brindadas por clínicas de salud rurales y Centros de salud federal calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5-10 minutos. • Evaluación del video o las imágenes que envía a su médico y la interpretación y el seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas. • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica si no es un paciente nuevo. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos están limitados a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas ◦ fracturas de mandíbula o huesos faciales ◦ extracción de dientes antes de tratamientos de radiación del cáncer neoplásico ◦ servicios que estarían cubiertos cuando los brindara un médico <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>
	<p>Servicios de podiatría</p> <p>Nosotros pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos); • atención de rutina de los pies para los miembros que padecen afecciones que comprometen las piernas, como la diabetes. • Exámenes de rutina.
	<p>Atención de enfermería privada (PDN)</p> <p>Este beneficio es para beneficiarios elegibles menores de 21 años de edad que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad. Están cubiertos para los miembros con MLTSS de cualquier edad.</p> <p><i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i></p>




Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
	Atención de enfermería privada (PDN) (continuación)
	Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.
	<p>Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más (y para los hombres de 40 años o más con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otros factores de riesgo), nosotros pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tacto rectal • análisis del antígeno prostático específico (PSA)
	<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Pagamos los siguientes dispositivos protésicos y, tal vez, otros dispositivos no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • marcapasos • ortodoncia • zapatos protésicos • brazos y piernas artificiales • prótesis mamaria (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) <p>Pagamos algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos. También pagamos por la reparación o reemplazo de dispositivos protésicos.</p> <p>Ofrecemos cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas. Consulte “Atención de la vista” más adelante en esta tabla para obtener detalles.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>
	Servicios de rehabilitación pulmonar
	<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>




Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Servicios por los que nuestro plan paga	
	Servicios de rehabilitación pulmonar <i>(continuación)</i>
	Pagamos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave. Debe tener una orden para la rehabilitación pulmonar del médico o del proveedor que atiende la COPD.
	<p>Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento</p> <p>Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de infecciones por ETS. Un proveedor de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También pagamos hasta dos sesiones de asesoramiento conductual de alta intensidad por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si la brinda un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben ofrecerse en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio médico.</p>
	<p>Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y, tal vez, otros servicios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada, o privada si es médicamente necesario. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • sangre (incluidos almacenamiento y administración) • Suministros médicos y quirúrgicos administrados por
	<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
	<p>Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p>
	<p>centros de atención de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de laboratorio brindados por centros de atención de enfermería. • Radiografías y otros servicios radiológicos administrados por centros de atención de enfermería • Aparatos, como sillas de ruedas, generalmente administrados por centros de atención de enfermería. • Servicios médicos o proveedores. • Cuidado (asistencial) a largo plazo en un centro de atención de enfermería. <p>Por lo general, recibe atención en los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no forma parte de nuestra red. Puede obtener atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un centro de atención de enfermería o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivía antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería). • Un centro de atención de enfermería donde su cónyuge o pareja doméstica vive en el momento en que usted se retira del hospital. <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>
	<p>Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco, no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco y desea dejar de fumar o necesita dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos instancias para intentar dejar el tabaco en un período de 12 meses como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada tentativa para dejar el tabaco incluye hasta cuatro consultas personales de asesoramiento. <p>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</p>
	<p><i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i></p>



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Servicios por los que nuestro plan paga	
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco <i>(continuación)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos instancias de asesoramiento para intentar dejar de fumar dentro de un período de 12 meses. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <p>El plan también cubre productos de venta libre (OTC) para dejar de fumar, incluidos los chicles de nicotina, las grageas de nicotina y los parches de nicotina.</p>	
Tratamiento de ejercicios supervisados (SET)	
<p>Pagamos el tratamiento de ejercicios supervisados (SET) para miembros que tengan enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.</p> <p>Nuestro plan paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET. • 36 sesiones adicionales con el tiempo si el proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario. <p>El programa de SET debe ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluir sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento y ejercicios terapéuticos para PAD, en miembros que padecen de calambres en las piernas debido a una mala circulación de la sangre (claudicación). • En un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio médico. • Brindado por personal calificado que se asegure de que el beneficio supere los daños y que esté capacitado en tratamiento de ejercicio para PAD. • Con supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional en enfermería/enfermero clínico capacitado tanto en técnicas de apoyo vital básicos como avanzados. 	
Transporte	
<p>El pago por servicio de Medicaid cubre el transporte para</p> <p><i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i></p>	




Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
<p>Transporte <i>(continuación)</i></p> <p>casos que no sean de emergencia.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los vehículos de asistencia con la movilidad (MAV), una ambulancia de soporte vital básico (BLS) que no sea de emergencia (camilla) y los servicios de transporte de vehículos de alquiler (como pasajes o pases de autobús y tren, o servicios de vehículos y reembolso de millas).</p> <p>Todo el transporte que no sea de emergencia se organiza a través de Modivcare, el proveedor de transporte del estado. Para programar el transporte, llame a Modivcare al 1-866-527-9933. También puede pedirle a su PCP o a su administrador de atención que le ayuden a coordinar este servicio. Para obtener más información, llame a su administrador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.</p>	
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia se brinda para tratar la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una atención médica inmediata que no sea de emergencia; ● • Una enfermedad médica repentina; ● • Una lesión; ● • Una afección que necesita atención de inmediato. <p>Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no puede comunicarse con un proveedor de la red porque dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y requiere servicios médicamente necesarios de inmediato para una afección imprevista, pero que no es una emergencia médica).</p> <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de urgencia (en todo el mundo) 	




Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Servicios por los que nuestro plan paga	
	<p>Atención de la vista</p> <p>Pagamos por servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de la vista, incluido un examen integral de la vista una vez al año para todos los miembros. Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales de la vista para la retinopatía diabética para personas con diabetes y tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • afroamericanos de 50 años o más • hispanoamericanos de 65 años o más <p>Todos los demás miembros de 35 años de edad o más tienen una prueba de detección de glaucoma cubierta cada cinco años.</p> <p>Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserta una lente intraocular.</p> <p>Si necesita dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía.</p> <p>El plan también cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de optometristas y aparatos ópticos, incluidos ojos artificiales, dispositivos para visión reducida, dispositivos de entrenamiento de la vista y lentes intraoculares. • Lentes y monturas de reemplazo (o lentes de contacto). <ul style="list-style-type: none"> • Una vez cada 24 meses para beneficiarios de 19 a 59 años. • Una vez por año para beneficiarios de 18 años o
	<i>Este beneficio se continúa en la siguiente página.</i>



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios por los que nuestro plan paga	
	Atención de la vista (continuación)
	<p>menos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una vez por año para beneficiarios de 60 años o más.
	<p>Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Cubrimos la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas pruebas de detección y vacunas), y • Remisiones por otro tipo de atención, si la necesita. <p>Nota: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses de que tiene la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>
	<p>Pelucas por pérdida de cabello a causa de la quimioterapia</p> <p>Este beneficio se ofrece para la pérdida de cabello producto de la quimioterapia.</p> <p>El plan paga hasta \$400 por año por las pelucas cubiertas. Usted es responsable de cualquier monto que exceda el límite de cobertura para pelucas.</p> <p>Los miembros pueden obtener pelucas a través de un proveedor de equipo médico duradero (DME) o comprar a un proveedor de su elección y presentar una reclamación para el reembolso. Para encontrar un proveedor de DME, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP-find-provider.</p>

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de NJ FamilyCare.

- El transporte que no sea de emergencia, incluidos los vehículos de asistencia con la movilidad (MAV), ambulancia de soporte vital básico (BLS) que no sea de emergencia (camilla) y servicios de transporte de vehículos de alquiler (como pasajes o pases de autobús y tren o servicios de vehículos



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

y reembolso de millas). Estos servicios son pagados directamente por Medicaid (también conocido como Pago por servicio de Medicaid).

E1. Atención en hospicio

Tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que viva seis meses o menos. Puede obtener atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

Consulte la Tabla de beneficios de la **Sección D** para obtener más información sobre lo que pagamos mientras recibe servicios de atención en un hospicio.

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

- El proveedor del hospicio factura a Medicare por sus servicios. Medicare paga los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. No debe pagar nada por estos servicios.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal

- El proveedor facturará a Medicare por los servicios. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. No debe pagar nada por estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de Medicare de nuestro plan

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su *Evidencia de cobertura*.

Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio, llame a su administrador de atención para coordinar los servicios. La atención que no sea en un hospicio no está relacionada con su pronóstico terminal.

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o NJ FamilyCare

En esta sección se describen los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagamos estos beneficios. Tampoco los paga Medicare ni Medicaid.

La siguiente lista describe algunos servicios y productos que no están cubiertos por nosotros en ningún caso y, en algunos casos, algunos excluidos solo por nosotros.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que se detallan en esta sección (o en cualquier otro lugar de esta *Evidencia de cobertura*), excepto en determinadas circunstancias específicas. Incluso si recibe los servicios en una sala de emergencia, el plan no pagará los servicios. Si considera que nuestro plan debe



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 4 Tabla de beneficios

pagar por un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Evidencia de cobertura*.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes productos y servicios:

- Servicios considerados no “razonables ni médicamente necesarios”, según las normas de Medicare y de NJ FamilyCare, a menos que los enumeremos como servicios cubiertos.
- Tratamientos quirúrgicos y médicos, productos y medicamentos experimentales, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubra. Consulte el **Capítulo 3** de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los productos experimentales son aquellos que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague.
- Una habitación privada en el hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería, por ejemplo, un teléfono o televisor.
- Honorarios cobrados por sus familiares directos o miembros del hogar.
- Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual, el rendimiento deportivo, con fines cosméticos, el antienvjecimiento y el rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Cirugía estética u otro trabajo estético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para que se correspondan.
- Atención quiropráctica que no sea la manipulación de la columna de conformidad con las pautas de cobertura y tal y como se describe en los servicios quiropráticos en la Tabla de beneficios de la **Sección D**.
- Cuidado de rutina de los pies, excepto como se describe en los servicios de podiatría en la **Sección D** de la Tabla de beneficios.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un dispositivo ortopédico para piernas y estén incluidos en el costo del dispositivo, o que los zapatos sean para una persona con pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto por zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
- Queratotomía radial y cirugía LASIK.
- Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.
- Servicios de un naturoterapeuta (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios brindados a los veteranos en los centros de Asuntos de Veteranos (VA).



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP).

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos con receta y otros medicamentos

Introducción

En este capítulo se explican 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 o a través del servicio de pedido por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y NJ FamilyCare. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Evidencia de cobertura*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se analizan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Por lo general, estos incluyen algunos medicamentos que se le administran mientras está en un hospital o centro de atención de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, algunas inyecciones que se aplican en el consultorio con un médico u otro proveedor y medicamentos que se administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre los medicamentos de la Parte B de Medicare, consulte la Tabla de beneficios del **Capítulo 4** de su *Evidencia de cobertura*.
- Además de la cobertura de los beneficios médicos y la Parte D de Medicare, Original Medicare puede cubrir sus medicamentos si se encuentra en un hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la **Sección F** del **Capítulo 5** “Si se encuentra en un programa de hospicio certificado por Medicare”.

Normas para la cobertura para medicamentos para pacientes externos de nuestro plan

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de Medicaid cubren algunos medicamentos con receta. Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando siga las normas de esta sección.

Usted debe pedirle a un médico u otro proveedor que escriba la receta, que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable. Esta persona a menudo es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo ha remitido para recibir atención.

La persona autorizada a dar recetas **no** debe estar en la lista de exclusiones o preclusión de Medicare.

Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta.

Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* de nuestro plan. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla.

- Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirlo dándole una excepción.
- Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9**.

El medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

ciertas referencias médicas. Su médico puede ayudarlo a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento con receta. Una **indicación medicamento aceptada** es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o avalado por ciertas libros de referencia.

Índice

Capítulo 5 Cómo obtener sus medicamentos con receta y otros medicamentos

A. Cómo obtener medicamentos con receta	89
A1. Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red	89
A2. Cómo utilizar su tarjeta de identificación de miembro cuando obtiene un medicamento con receta	89
A3. Qué puede hacer si cambia de farmacia de la red	89
A4. Qué hacer si su farmacia deja de participar en la red	89
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada	91
A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	91
A7. Obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	93
A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	93
A9. Devolverle el costo de un medicamento con receta	94
B. Lista de medicamentos de nuestro plan	94
B1. Medicamentos en nuestra Lista de medicamentos	94
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de medicamentos	95
B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos	95
C. Límites para algunos medicamentos	96
D. Motivos por los que el medicamento puede no estar cubierto	97
D1. Obtener un suministro temporal	97
D2. Pedir un suministro temporal	98
D3. Pedir una excepción	99
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	99
F. Cobertura para medicamentos en casos especiales	101
F1. En un hospital o centro de atención de enfermería especializada para una estadía que nuestro plan cubre	101
F2. En un centro de atención a largo plazo	101



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare.....	101
G. Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	102
G1. Programas para ayudarlo a utilizar los medicamentos de forma segura.....	102
G2. Programas para ayudarlo a administrar sus medicamentos.....	102
G3. Programa de administración de medicamentos para uso seguro de los medicamentos opioides.....	103



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

A. Cómo obtener medicamentos con receta

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

En la mayoría de los casos, pagamos los medicamentos con receta solo cuando se obtiene en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una tienda de medicamentos que acepta surtir medicamentos con receta para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar cualquiera de las farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

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

Para obtener su medicamento con receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura por el medicamento con receta cubierto.

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

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

- Para solicitarnos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de su *Evidencia de cobertura*.
- Si necesita ayuda para obtener un medicamento con receta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

A3. Qué puede hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita obtener nuevamente un medicamento con receta, puede pedirle al médico que le extienda una nueva receta o pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la farmacia nueva si tiene resurtidos restantes.

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

A4. Qué hacer si su farmacia deja de participar en la red

Si la farmacia que utiliza deja de participar en la red de nuestro plan, debe buscar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

A5. Cómo utilizar una farmacia especializada

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas, se incluyen las siguientes:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo, como un centro de atención de enfermería.
 - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia del centro de atención a largo plazo no está en nuestra red o tiene dificultad para obtener sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud Indígena. Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

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

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para tratar una enfermedad crónica o una afección médica prolongada. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo están marcados como medicamentos de pedido por correo en nuestra “Lista de medicamentos”.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro para 100 días como máximo.

Cómo obtener sus medicamentos con receta por correo

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, visite nuestro sitio web (AetnaMedicare.com/NJDSNP) o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Normalmente, la receta de pedido por correo llega en un plazo de 10 días. Si la farmacia de pedidos por correo prevé que el pedido se retrasará, le notificarán al respecto. Si necesita solicitar un pedido rápido a causa de un retraso en el pedido por correo, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para analizar las opciones, que pueden incluir obtenerlos en una farmacia minorista local o acelerar el método de envío. Proporcione al representante su número de identificación y el/los número(s) de receta médica. Si quiere la entrega de sus medicamentos al segundo día o al día siguiente, puede solicitar esto al representante del Departamento de Servicios para Miembros por un cargo adicional.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Procesos de pedido por correo

El servicio de pedido por correo tiene diferentes procedimientos para nuevas recetas que obtiene de usted, nuevas recetas que obtiene directamente del consultorio de su proveedor y resurtidos de sus recetas de pedido por correo.

1. Nuevas recetas que la farmacia obtiene de usted

La farmacia resurte automáticamente y entrega las recetas nuevas que obtiene de usted.

2. Nuevas recetas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

La farmacia resurte automáticamente y entrega las recetas nuevas que obtiene de los proveedores de atención médica, sin verificar primero con usted, si realizó lo siguiente:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con nuestro plan en el pasado, **o**
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas que obtenga directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento al continuar haciendo que su médico nos envíe sus medicamentos con receta. No se requiere ninguna solicitud especial. O bien, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para reiniciar las entregas automáticas si antes detenía las entregas automáticas.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

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

- Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le suministre el medicamento correcto (incluidas la concentración, cantidad y presentación) y, si fuera necesario, le permite cancelar o retrasar el pedido antes de que se le envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comunice con usted para informarle lo que debe hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Para dejar de recibir las entregas automáticas de nuevas recetas que obtiene directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

3. Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo

Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. De acuerdo con este programa, empezamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros nos indican que está próximo a quedarse sin su medicamento.

- La farmacia se comunica con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 5 Cómo obtener sus medicamentos con receta y otros medicamentos

necesite más medicamento y usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

- Si no desea utilizar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que el medicamento con receta actual se le acabe para asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros iniciando sesión en su cuenta de [Caremark.com](https://www.caremark.com) o llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

Infórmele a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted para que puedan comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo. Proporcione a la farmacia su dirección postal actual, dirección de correo electrónico o número(s) de teléfono y cualquier instrucciones especiales que pueda requerir.

A7. Obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

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

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de pedido por correo.

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

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

Pagamos los medicamentos con receta obtenidos en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- El medicamento con receta es para una emergencia médica o atención de urgencia.
- No puede obtener un medicamento cubierto en un momento de necesidad porque no hay farmacias de la red abiertas las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.
- La receta es para un medicamento que está fuera de stock en una farmacia minorista o por correo accesible de la red (incluidos medicamentos de alto costo y únicos).
- Si ha debido evacuar o se lo ha trasladado de otro modo fuera de su casa por un desastre federal u otra declaración de salud pública de emergencia.
- Se administra una vacuna o un medicamento en el consultorio de su médico.

Si debe acudir a una farmacia fuera de la red por cualquiera de las razones enumeradas anteriormente, el



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

plan cubrirá un suministro de medicamentos para 10 días como máximo.

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

A9. Devolverle el costo de un medicamento con receta

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, debe pagar el costo total cuando obtiene su medicamento con receta. Puede pedirnos un reembolso.

Para obtener más información sobre este tema, consulte el **Capítulo 7** de su *Evidencia de cobertura*.

B. Lista de medicamentos de nuestro plan

Tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla.

Seleccionamos los medicamentos de la Lista de medicamentos con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos también le indica las normas que debe cumplir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos del plan cuando usted sigue las normas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra Lista de medicamentos incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos con receta y de venta libre (OTC) y productos cubiertos por NJ FamilyCare.

Nuestra Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre de marca que sea propiedad del fabricante de medicamentos. Medicamentos de marca que son más complejos que medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En nuestra Lista de medicamentos, cuando hacemos referencia a “medicamentos” podría ser un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biocomparables funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos y suelen ser más baratos. Hay medicamentos genéricos sustitutos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos. Consulte con su proveedor si tiene preguntas sobre si un medicamento genérico o de marca cumple con sus necesidades.

Nuestro plan también cubre determinados medicamentos y productos de OTC. Algunos medicamentos



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 5 Cómo obtener sus medicamentos con receta y otros medicamentos

de OTC cuestan menos que los medicamentos con receta y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de medicamentos

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

- Visite el sitio web de nuestro plan en [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/medicare/njdsnp-drug-formulary). La Lista de medicamentos en nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista.
- Utilice nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” en [Caremark.com](https://www.caremark.com) o llame al Departamento de Servicios para Miembros. Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que usted pagará y si hay medicamentos alternativos que podrían tratar la misma afección.
- Enviamos Listas de medicamentos por correo si así lo solicitó, pero, de lo contrario, se publica en el sitio web (de manera electrónica).

B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no se encuentran en nuestra Lista de medicamentos porque la ley no nos permite cubrirlos. En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra Lista de medicamentos.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección. A estos medicamentos se los denomina **medicamentos excluidos**. Si recibe una receta para un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo usted mismo. Si cree que deberíamos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las apelaciones.

A continuación, se presentan tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura para medicamentos para pacientes externos de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D y NJ FamilyCare de Medicare) no puede pagar un medicamento que ya cubre la Parte A o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos con receta para pacientes externos.
2. Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe ser aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico puede recetar un medicamento determinado para tratar su afección, a pesar de que no se aprobó para tratar la afección. A esto se lo denomina “uso para una indicación no autorizada”. Nuestro plan, por lo general, no cubre los medicamentos recetados para una indicación no autorizada.

Además, por ley, ni Medicare ni NJ FamilyCare pueden cubrir los tipos de medicamentos detallados a continuación.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/medicare/njdsnp).

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfrío
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes externos realizados por una compañía que afirma que debe tener las pruebas o los servicios realizados únicamente por ellos

C. Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Por lo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de bajo costo funciona igual de bien que un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete un medicamento de menor costo.

Si hay una norma especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, puede que su proveedor nos informe su diagnóstico o brinde resultados de los análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor piensa que nuestra norma no debe aplicarse a su situación, pídanos que hagamos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en pedirle que use el medicamento sin seguir pasos adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Evidencia de cobertura*

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

Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero suele ser más económico. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica de un medicamento de marca disponible, las farmacias de la red le ofrecen el medicamento genérico.

- Por lo general, no pagamos por el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si el proveedor nos ha comunicado el motivo médico por el cual a usted no le hace efecto el medicamento genérico o ha escrito “Sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca o nos ha comunicado el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le harán efecto, entonces cubriremos el medicamento de marca.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de obtener su medicamento con receta. Si no obtiene aprobación, es posible que no cubramos el



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

medicamento.

3. Cómo probar un medicamento diferente

En general, queremos que pruebe medicamentos de menor costo que son igual de eficaces antes de cubrir los medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que le pidamos que pruebe el medicamento A primero.

Si el medicamento A **no** le da resultado, entonces cubrimos el medicamento B. Esto se denomina tratamiento escalonado.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede obtener. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, podemos limitar cuánto le corresponde de un medicamento que puede obtener cada vez que obtiene su medicamento con receta.

Para averiguar si alguna de las normas anteriores se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte nuestra Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary). Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura por alguna de las razones anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de la *Evidencia de cobertura*.

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

Tratamos de hacer que su cobertura para medicamentos sea útil para usted, pero a veces un medicamento puede no estar cubierto de la manera en que usted le gusta. Entre algunos de los ejemplos, se incluyen los siguientes:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted quiere tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra Lista de medicamentos. Podemos cubrir una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y no lo hemos revisado para la seguridad y la eficacia aún.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen normas o límites especiales sobre la cobertura. Como se explica anteriormente en la sección anterior, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen normas que limitan su uso. En algunos casos, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos una excepción.

Hay algunas cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la forma que usted quiere que lo cubramos.

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no figura en nuestra Lista de medicamentos o se limita de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre cómo obtener un medicamento diferente o para pedirnos que cubramos el medicamento.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

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

1. El medicamento que ha estado tomando:

- Ya no se incluye en nuestra Lista de medicamentos.
- Nunca estuvo en nuestra Lista de medicamentos.
- Ahora está limitado de alguna manera.

2. Debe estar en una de estas situaciones:

- Usted estuvo en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal es para un máximo de 30 días.
 - Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces el medicamento hasta llegar a un suministro máximo de 30 días de medicamento. Debe obtener el medicamento con receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el uso indebido.
- Usted es nuevo para nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal es para un máximo de 30 días.
 - Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces el medicamento hasta llegar a un suministro máximo de 30 días de medicamento. Debe obtener el medicamento con receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el uso indebido.
- Usted ha estado en nuestro plan durante más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro para 31 días, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.
 - Si experimenta un cambio en su entorno de atención (por ejemplo, recibe el alta o ingresa en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar una anulación de la receta por única vez. Esta anulación por única vez le brindará un suministro temporal (al menos un suministro para 30 días) de los medicamentos correspondientes.

D2. Pedir un suministro temporal

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

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se agote este suministro. Estas son sus opciones:



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

- Cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que sea conveniente para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para pedir una lista de medicamentos que cubrimos que traten la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

○

- Pida una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que tiene una razón médica válida para una excepción, puede ayudarlo a solicitar una.

D3. Pedir una excepción

Si un medicamento que toma se quitará de nuestra Lista de medicamentos o se limita de alguna manera el próximo año, le permitimos pedir una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Pídanos que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento para el próximo año la forma en que desearía.
- Respondemos su solicitud de una excepción en un plazo de 72 horas después de recibirla (o la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a emitir recetas).

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de su *Evidencia de cobertura*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurre el 1 de enero, pero es posible que se agreguen o eliminen medicamentos de nuestra Lista de medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos hacer lo siguiente:

- Decide solicitar o no solicitar aprobación previa (PA) para un medicamento (permiso de parte nuestra antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de tratamiento escalonado sobre un medicamento (debe probar



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

Capítulo 5 Cómo obtener sus medicamentos con receta y otros medicamentos

un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas normas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si toma un medicamento que cubrimos al **comienzo** del año, en general, no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- un nuevo medicamento más barato que funciona al igual que un medicamento en nuestra Lista de medicamentos sale al mercado ahora **o**
- descubrimos que un medicamento no es seguro, **o**
- un medicamento se elimina del mercado.

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

- Consulte nuestra Lista de medicamentos vigente en línea en [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/medicare/njdsnp-drug-formulary) **o**
- Llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página para consultar nuestra Lista de medicamentos actual.

Algunos cambios en nuestra Lista de medicamentos ocurren **de inmediato**. Entre algunos de los ejemplos, se incluyen los siguientes:

- **Un nuevo medicamento genérico se encuentra disponible.** A veces, un nuevo medicamento genérico que funciona al igual que un medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos sale al mercado ahora. Si esto sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico. Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar las normas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviamos información sobre el cambio específico que realizamos una vez que suceda.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” de estos cambios. Le enviamos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre excepciones.
- **Un medicamento se quita del mercado.** Si la FDA indica que un medicamento que está tomando no es seguro o el fabricante del medicamento quita un medicamento del mercado, lo quitamos de nuestra Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, se lo informamos.
 - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informamos por adelantado sobre estos otros cambios en nuestra Lista de medicamentos. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) brinda nueva orientación o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado.
 - Sustituimos un medicamento de marca que está actualmente en nuestra Lista de



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/medicare/njdsnp).

medicamentos.

- Cambiar las normas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando suceden estos cambios, hacemos lo siguiente:

- Le informamos al menos 30 días antes de hacer el cambio en nuestra Lista de medicamentos ◦
- Se lo informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite un resurtido.

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

- Si hay un medicamento similar en nuestra Lista de medicamentos que puede tomar en su lugar, ◦
- Si debe pedir una excepción de estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de la *Evidencia de cobertura*.

Es posible que hagamos cambios en los medicamentos que usted toma que no lo afectan ahora. En el caso de dichos cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos al **comienzo** del año, en general, no eliminamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que usted está tomando o limita su uso, el cambio no afecta el uso del medicamento durante el resto del año.

F. Cobertura para medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro de atención de enfermería especializada para una estadía que nuestro plan cubre

Si ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada para una hospitalización que cubre nuestro plan, generalmente cubrimos el costo de los medicamentos con receta durante la hospitalización. Usted no pagará un copago. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas de cobertura.

F2. En un centro de atención a largo plazo

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

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

F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

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

- Puede estar inscrito en un hospicio de Medicare y necesitar un medicamento para el dolor, las náuseas, laxante o ansiolítico que su hospicio no cubre porque no está relacionado con su pronóstico terminal y afecciones. En este caso, la persona autorizada a emitir recetas o el hospicio debe notificarle al plan que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- Para evitar demoras en la obtención de medicamentos no relacionados que nuestro plan debe cubrir, puede pedirle a su hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que le surta el medicamento con receta.

Si usted deja un hospicio, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación en la farmacia para que verifiquen que dejó el hospicio.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que informan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre el beneficio de hospicio.

G. Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

G1. Programas para ayudarlo a utilizar los medicamentos de forma segura

Cada vez que obtiene un medicamento con receta, buscamos los posibles problemas, como errores en los medicamentos o los medicamentos que:

- Puede que no sean necesarios porque usted toma otro medicamento que hace lo mismo.
- Puede que no sean seguros para su edad o género.
- Podrían hacerles daño si los toma al mismo tiempo.
- Tienen ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico.
- Tienen cantidades peligrosas de medicamentos opioides para el dolor.

Si encontramos un posible problema en su uso de los medicamentos con receta, trabajamos con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudarlo a administrar sus medicamentos

Nuestro plan cuenta con un programa que ayuda a los miembros con necesidades de salud complejas. En estos casos, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa lo ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos mejoran su salud. Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablarán con usted sobre lo siguiente:

- Cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma.
-



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 5 Cómo obtener sus medicamentos con receta y otros medicamentos

- Cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones sobre los medicamentos.
- Cómo tomar sus medicamentos.
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre el medicamento con receta y de venta libre.

Luego, le darán lo siguiente:

- Un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para usar sus medicamentos de la mejor forma.
- Una lista de medicamentos personal que incluye todos los medicamentos que usted toma, cuánto está tomando y cuándo y la razón por la que los está tomando.
- Información sobre la forma segura de desechar medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.
- Lleve su lista de medicamentos si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que reúnen los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribimos en el programa y le enviamos la información. Si no quiere estar en el programa, infórmenos y lo sacaremos de él.

Si tiene preguntas sobre el programa, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

G3. Programa de administración de medicamentos para uso seguro de los medicamentos opioides

Nuestro plan cuenta con un programa que puede ayudar a los miembros a utilizar de forma segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que, con frecuencia, se usan de manera indebida. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso de sus medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con sus médicos, decidimos que el uso de los medicamentos opioides con receta no es seguro para usted, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Requerirle que obtenga todas las recetas para esos medicamentos de una farmacia determinada o de ciertos médicos.
- Limitar la cantidad de esos medicamentos que cubrimos para usted

Si consideramos que una o más limitaciones deben aplicarse a su caso, le enviamos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos únicamente de una farmacia o proveedor específicos.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier información que considere importante que conozcamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviamos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que hemos cometido un error, no está de acuerdo en que esté en riesgo de usar indebidamente los medicamentos con receta o si no está de acuerdo con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos nuestra decisión. Si continuamos negando alguna parte de su apelación relacionada con sus limitaciones para acceder a estos medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a una organización de revisión independiente (IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de la *Evidencia de cobertura*).

Es posible que el DMP no se aplique a su caso si se dan las siguientes condiciones:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica,
- está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos o atención para el fin de la vida, o
- viven en un centro de atención a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

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

Introducción

Este capítulo describe lo que usted paga por los medicamentos con receta para pacientes externos. El término “medicamentos” se refiere a lo siguiente:

- Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare y
- Medicamentos y productos cubiertos por Medicaid.

Como usted es elegible para NJ FamilyCare, recibe “Ayuda adicional” de Medicare para poder cubrir los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

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

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

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

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - A esto lo denominamos “Lista de medicamentos”. En ella se indica lo siguiente:
 - Los medicamentos que pagamos
 - Si existen límites en los medicamentos
 - Si necesita una copia de nuestra Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra Lista de medicamentos en nuestro sitio web en [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary).
- **Capítulo 5** de la *Evidencia de cobertura*.
 - Describe cómo obtener los medicamentos con receta para pacientes externos a través de nuestro plan.
 - Incluye las normas que debe cumplir. También indica qué tipos de medicamentos con receta nuestro plan no cubre.
 - Cuando utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar la cobertura para medicamentos (consulte la **Sección B2** del **Capítulo 5**), el costo se muestra en “tiempo real”, lo que significa que el costo que se muestra en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un valor estimado de los costos de su bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a su administrador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de Medicare y NJ FamilyCare

- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* detalla nuestras farmacias de la red. Para obtener más información sobre las farmacias de la red, consulte el **Capítulo 5** de la *Evidencia de cobertura*.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Índice

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de Medicare y NJ FamilyCare

A. Explicación de beneficios (EOB)	108
B. Cómo hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos	108
C. No paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo	110
C1. Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	110
D. Vacunas	110
D1. Lo que debe saber antes de vacunarse	110
D2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare	110



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de Medicare y NJ FamilyCare

A. Explicación de beneficios (EOB)

Nuestro plan hace un seguimiento de sus medicamentos con receta. Hacemos un seguimiento de dos tipos de costos:

- **Costos que paga de su bolsillo.** Esta es la cantidad de dinero que usted, u otros en su nombre, pagan por sus recetas.
- **Los costos totales de los medicamentos.** Esta es la cantidad de dinero que usted, u otros en su nombre, pagan por sus recetas sumado a la cantidad que pagamos nosotros.

Cuando recibe medicamentos con receta a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de beneficios*. Nosotros la denominamos EOB para abreviarla. La EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información para el mes.** El resumen describe qué medicamentos con receta obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que pagamos nosotros y lo que usted y otros pagaron por usted.
- **Información anual hasta la fecha.** Esto es el costo total de los medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esto es el precio total del medicamento y cualquier variación del porcentaje en el precio desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando están disponibles, aparecen en el resumen que se encuentra a continuación de los medicamentos actuales. Puede hablar con la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Ofrecemos cobertura para medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se tienen en cuenta para los costos totales que paga de su bolsillo.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra Lista de medicamentos. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta y de venta libre los cubre NJ FamilyCare. Estos medicamentos se incluyen en la Lista de medicamentos.

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

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza, utilizamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. Puede ayudarnos de la siguiente forma:

1. Utilice la tarjeta de identificación de miembro.

Muéstrele cada vez que obtenga medicamentos con receta. Esto nos ayuda a saber los medicamentos con receta que obtiene y los que paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que pagó. Puede solicitarnos que le reembolsemos el costo del medicamento.

Estos son algunos momentos en los que debe darnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan
- Cuando usted paga un copago por los medicamentos que recibe en virtud del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando usted paga el precio total de un medicamento cubierto

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de la *Evidencia de cobertura*

3. Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas.

4. Revise las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Compruebe las fechas. ¿Recibió medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos de la lista?** ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que le recetó el médico?

Para obtener más información, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) o leer la *Evidencia de cobertura* de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Puede acceder a la *Evidencia de cobertura* en el sitio web de nuestro plan en AetnaMedicare.com/NJDSNP.

¿Qué sucede si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece ser correcto en esta EOB, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web en AetnaMedicare.com/NJDSNP.

¿Qué sucede si existe un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de Medicare y NJ FamilyCare

- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si considera que hay un error o faltan datos, o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Guarde estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. No paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo

Con nuestro plan, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos, siempre y cuando siga nuestras normas. Consulte el **Capítulo 9** de la *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre cómo presentar una apelación si se le indica que un medicamento no estará cubierto. Para obtener más información sobre las opciones de farmacias, consulte el **Capítulo 5** de la *Evidencia de cobertura* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

C1. Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de 100 días como máximo. No existe costo para un suministro a largo plazo.

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

D. Vacunas

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan. Nuestro plan cubre las vacunas para adultos de la Parte D de Medicare sin costo para usted.

D1. Lo que debe saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene pensado vacunarse.

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre sus vacunas.
-

D2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

Lo que usted paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para qué lo están vacunando).



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP).

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de Medicare y NJ FamilyCare

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios del **Capítulo 4** de la *Evidencia de cobertura*.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Si una organización denominada **Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP)** recomienda la vacuna para los adultos, no tendrá costo para usted.

Existen tres formas comunes de recibir la administración de una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare y su administración en una farmacia de la red.
 - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
 - Para otras vacunas de la Parte D, no debe pagar nada por la vacuna.
2. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y él se la administra.
 - No debe pagarle nada al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de la administración de la vacuna.
 - El consultorio del médico debe llamar a nuestro plan en esta situación para que podamos asegurarnos de que sepan que usted no debe pagar nada por la vacuna.
3. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en la farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que se la administre.
 - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para la mayoría de los adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
 - Para otras vacunas de la Parte D, no debe pagar nada por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de la administración de la vacuna.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

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

Introducción

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

Índice

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por los servicios o medicamentos cubiertos

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos	113
B. Cómo enviarnos una solicitud de pago	115
C. Decisiones de cobertura	116
D. Apelaciones	116



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por los servicios o medicamentos cubiertos

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

No debe recibir una factura por los servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan por los servicios y medicamentos cubiertos después de que los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) le facturen estos servicios o medicamentos. Le pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos, no la pague y envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y ya pagó la factura, es su derecho que se le reembolse.
 - Si pagó los servicios cubiertos por Medicare, se lo reembolsaremos.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo notificaremos.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamar si quiere darnos información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

Estos son ejemplos de momentos en los que puede que necesite pedirnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió:

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

Pídale al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si usted paga el monto total cuando recibe el servicio, pídanos que le reembolsemos. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor que le pida que pague un monto que usted considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se le debe pagar al proveedor, nosotros le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó por el servicio de Medicare, se lo reembolsaremos.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga algún servicio o medicamento con receta. Pero, a veces, cometen errores y le piden que pague por los servicios o más de lo que le corresponde pagar. **Llame al Departamento de Servicios para Miembros** al número que aparece en la parte inferior de esta página **si recibe alguna factura**.

- Dado que pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable del pago de ningún costo. Los proveedores no deben facturar nada por estos servicios.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por los servicios o medicamentos cubiertos

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red para los servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Nosotros le haremos un reembolso por los servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. Quizá incluso haya sido el año pasado).

- Si se inscribió retroactivamente y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos un reembolso.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

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

Si utiliza una farmacia fuera de la red, pagará el costo total de su medicamento con receta.

- Solo en algunos casos, cubriremos los medicamentos con receta que obtenga en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos pida el reembolso.
- Consulte el **Capítulo 5** de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre farmacias fuera de la red.

5. Cuando usted debe pagar el costo de los medicamentos con receta porque no lleva su tarjeta de identificación de miembro

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

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total de los medicamentos con receta o volver a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos pida el reembolso.

6. Cuando debe pagar usted el costo total de los medicamentos con receta por un medicamento que no está cubierto

Es posible que deba pagar el costo total de los medicamentos con receta porque no están cubiertos.

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) en nuestro sitio web, o puede tener un requisito o una restricción que usted desconoce o que no cree que se aplique. Si usted decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
 - Si no paga por el medicamento, pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de la *Evidencia de cobertura*).
 - Si usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas creen que necesita el medicamento de inmediato (en un plazo de 24 horas), puede solicitar una decisión rápida de



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por los servicios o medicamentos cubiertos

cobertura (consulte el **Capítulo 9** de la *Evidencia de cobertura*).

- Envíenos una copia del recibo cuando nos pida el reembolso. En algunos casos, puede ser necesario obtener más información de su médico u otra persona autorizada a emitir recetas para reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si se debe cubrir el servicio o medicamento. A esto se lo denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o el medicamento deben estar cubiertos, nosotros lo pagamos.

Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de la *Evidencia de cobertura*.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado por servicios de Medicare. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que usted emitió o un recibo del proveedor. **Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.**

Para asegurarse de que nos está entregando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No tiene la obligación de usar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web ([AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP)) o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedir el formulario.

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

Para reclamaciones médicas: Envíenos su solicitud de pago, junto con cualquier factura o recibo pagado, a la siguiente dirección:

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Aetna Duals COE Member Correspondence

PO Box 982980
El Paso, TX 79998

Debe enviarnos su información dentro **de los 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento de la Parte B.

Para reclamaciones de medicamentos con receta de la Parte D: Envíenos su solicitud de pago, junto con cualquier factura o recibo pagado, a la siguiente dirección:

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Aetna Integrated Pharmacy Solutions
PO Box 52446
Phoenix, AZ 85072

Debe presentarnos la reclamación dentro de los **36 meses** a partir de la fecha en que recibió el medicamento de la Parte D.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por los servicios o medicamentos cubiertos

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, producto o medicamento.

- Le haremos saber si necesitamos más información de usted.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, producto o medicamento y que usted ha seguido todas las normas para obtenerla, lo pagaremos. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por lo que pagó. Si aún no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

El **Capítulo 3** de la *Evidencia de cobertura* explica las normas para obtener los servicios cubiertos.

El **Capítulo 5** de la *Evidencia de cobertura* explica las normas para obtener los medicamentos con receta cubiertos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar por el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta con las razones. En la carta también se explican sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

D. Apelaciones

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se denomina “presentar una apelación”.

El proceso de apelaciones formal tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de la *Evidencia de cobertura*:

- Para presentar una apelación para un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación para un medicamento, consulte la **Sección G**.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Evidencia de cobertura*.

Índice

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

A. Su derecho a obtener servicios e información de un modo que satisfaga sus necesidades	118
B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	119
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)	121
C1. Cómo protegemos su PHI	121
C2. Su derecho a ver sus registros médicos	121
D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información	122
E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente a usted	123
F. Su derecho a dejar nuestro plan	123
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	123
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones	123
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por usted mismo	124
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	125
H. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	125
H1. Qué hacer con respecto al trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos	125
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	125
J. Otros derechos y responsabilidades en virtud de NJ FamilyCare	127
J1. Responsabilidades de los miembros	127
J2. Derechos de los miembros	127



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

J3. Responsabilidades de los miembros con MLTSS **128**
J4. Derechos de los miembros con MLTSS **128**



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/medicare/njdsnps).

A. Su derecho a obtener servicios e información de un modo que satisfaga sus necesidades

We must ensure **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services at 1-844-362-0934 (TTY: 711). Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. To obtain materials in one of these alternative formats, please call Member Services at 1-844-362-0934 (TTY: 711) or write to:

Aetna Duals COE Member Correspondence
PO Box 982980
El Paso, TX 79998

This document is available for free in Spanish.

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) wants to make sure you understand your health plan information.

- If a different language or format works better for you, call Member Services at the number listed at the bottom of this page to request a change. (This is called a “standing request.”)
- We will continue sending you mailings and other communications in your requested format.
- If you want to change your standing request for a preferred language or format, call Member Services.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- NJ Department of Human Services, Division of Medical Assistance & Health Services at 1-800-701-0710. TTY users should call 1-800-701-0720
- Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Debemos garantizar que todos los servicios se brinden de forma culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que se encuentre en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711). Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en distintos idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener los materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al Departamento de Servicios para Miembros. O escriba a esta dirección:



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Aetna Duals COE Member Correspondence
PO Box 982980
El Paso, TX 79998

Este documento está disponible actualmente en español y chino.

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) quiere asegurarse de que comprende la información de su plan de salud.

- Si le resulta más conveniente un idioma o formato diferente, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte interior de esta página para solicitar un cambio. (Esto se denomina “solicitud permanente”).
- Continuaremos enviando correspondencias y otras comunicaciones en su formato solicitado.
- Si quiere cambiar su solicitud permanente de un idioma o formato preferido, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Si tiene problemas para obtener información sobre nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad, y quiere presentar un reclamo, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- División de Asistencia Médica y Servicios de Salud del Departamento de Servicios Sociales de NJ al 1-800-701-0710. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-701-0720.
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir a un PCP en el **Capítulo 3** de la *Evidencia de cobertura*.
 - Llame al Departamento de Servicios para Miembros o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- **No** requerimos que obtenga remisiones.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas.
 - Si no puede obtener servicios dentro de un tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención de emergencia que se necesitan de urgencia sin aprobación previa (PA).
- Tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de la red, sin



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

demoras prolongadas.

- Tiene derecho a saber cuándo puede utilizar un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de la *Evidencia de cobertura*.

En el **Capítulo 9** de la *Evidencia de cobertura* se indica qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos dentro de un plazo razonable. También le indica lo que puede hacer si denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

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

Protegemos su PHI según lo exigido por las leyes federales y estatales.

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

Usted tiene derechos cuando se trata de su información y control de cómo se utiliza su PHI. Le enviamos un aviso por escrito en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se denomina “Aviso sobre prácticas de privacidad”.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que personas no autorizadas vean o cambien sus registros.

Excepto por los casos indicados a continuación, no le damos su PHI a nadie que le brinde atención ni pague por su atención. Si lo hacemos, debemos pedirle su autorización por escrito con anticipación. Usted o una persona legalmente autorizada para tomar decisiones por usted puede otorgar un permiso por escrito.

A veces, no necesitamos obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones las permite o exige la ley:

- Debemos dar a conocer su PHI a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención que le corresponde a nuestro plan.
- Debemos dar a conocer su PHI por orden judicial.
- Debemos entregarle su PHI a Medicare. Si Medicare da a conocer su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales.

C2. Su derecho a ver sus registros médicos

- Usted tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de ellos.
- Usted tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajamos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

deben realizarse.

- Usted tiene derecho a saber si y cómo compartimos su PHI con otros.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre nuestro plan, los proveedores de la red y los servicios cubiertos.

Si no habla inglés, tenemos servicios de interpretación para responder a las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Este es un servicio gratuito para usted. Muchos documentos también están disponibles en español. También podemos proporcionarle información en tamaño de letra grande, braille, o audio, u otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Si desea obtener información sobre cualquiera de lo siguiente, llame al Departamento de Servicios para Miembros:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan
 - el número de apelaciones hechas por los miembros
 - cómo dejar nuestro plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, incluido lo siguiente:
 - cómo elegir o cambiar de proveedores de atención primaria
 - calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
 - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, incluidos los siguientes:
 - Servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de la *Evidencia de cobertura*) y medicamentos (consulte el **Capítulo 5 y 6** de la *Evidencia de cobertura*) cubiertos por nuestro plan
 - límites a su cobertura y medicamentos
 - normas que debe cumplir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de la *Evidencia de cobertura*), incluso solicitarnos que hagamos lo siguiente:
 - asentar por escrito por qué algo no está cubierto
 - cambiar una decisión que tomamos
 - pagar una factura que recibió



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden hacerle pagar los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle ningún saldo ni cobrarle si pagamos menos del monto que cobró el proveedor. Para obtener información sobre qué hacer si un proveedor de la red trata de cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de la *Evidencia de cobertura*.

F. Su derecho a dejar nuestro plan

Nadie puede hacer que permanezca en nuestro plan si no quiere.

- Tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA).
 - Puede obtener sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos con receta o de otro plan de MA.
 - Consulte el **Capítulo 10** de la *Evidencia de cobertura*:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos con receta o MA.
 - Para obtener información sobre cómo recibirá los beneficios de NJ FamilyCare si deja nuestro plan.
-

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica para ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de manera que usted pueda comprender. Tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento.
 - **Conocer los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados. Debemos informarle por adelantado si algún servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
 - **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a usar otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.
 - **Decir que no.** Tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no le daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra.
-



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Pídanos que le expliquemos por qué un proveedor denegó la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación si un proveedor denegó la atención que usted considera que debería recibir.
- **Pídanos que cubramos un servicio o medicamento que denegamos o que, por lo general, no cubrimos.** A esto se lo denomina decisión de cobertura. El **Capítulo 9** de la *Evidencia de cobertura* indica cómo solicitar una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por usted mismo

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

- Llenar un formulario por escrito **para darle a alguien el derecho a tomar decisiones de atención médica por usted.**
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo manejar su atención médica en caso de que no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo, incluida la atención que **no** desea.

El documento legal que usa para dar sus instrucciones se denomina “instrucción anticipada”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los ejemplos son un testamento vital y un poder de representación para la atención médica.

No tiene que tener instrucciones anticipadas, pero puede hacerlo. Si quiere usar una instrucción anticipada debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un asistente social. Las farmacias y los consultorios de proveedores, por lo general, tienen los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para solicitar el formulario.
- **Completarlo y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de pedirle a un abogado u otra persona en quien usted confía, como un miembro de la familia o su PCP, que le ayude a completarlo.
- **Entregue copias a las personas que necesitan estar informadas.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico. También debe darle una copia a la persona que nombre para tomar decisiones en su nombre. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.
- Si está hospitalizado y tiene instrucciones anticipadas firmadas, **lleve una copia al hospital.**
 - El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
 - Si no tiene un formulario de instrucciones anticipadas firmado, el hospital tiene formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Tiene derecho a lo siguiente:

- Que se incluyan las instrucciones anticipadas en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones en ella, puede presentar un reclamo ante la agencia estatal que supervisa las instrucciones anticipadas. Para encontrar la agencia adecuada en su estado, comuníquese con el Programa SHIP al 1-800-792-8820 (TTY: 711). Para obtener más información sobre el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), consulte el **Capítulo 2**.

H. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

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

Tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y reclamos que otros miembros del plan han presentado en contra nuestra. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener esta información.

H1. Qué hacer con respecto al trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que lo tratamos injustamente y **no** se trata de discriminación por motivos mencionados en el **Capítulo 11** de la *Evidencia de cobertura*, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a las siguientes direcciones:

- Departamento de Servicios para Miembros.
- El Programa SHIP al 1-800-792-8820 (TTY: 711). Para obtener más detalles sobre el SHIP, consulte el **Capítulo 2, Sección C**.
- El Programa Ombudsman al 1-800-446-7467. Para obtener más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de la *Evidencia de cobertura*.

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare), que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

También puede ponerse en contacto con el programa Medicaid de New Jersey para obtener asistencia. Puede llamar a la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud del Departamento de Servicios Sociales de NJ al 1-800-701-0710 (TTY: 711).

I. Sus responsabilidades como miembro del plan



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se detalla a continuación. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- **Lea la *Evidencia de cobertura*** para obtener información sobre lo que cubre nuestro plan y las normas que deben cumplirse para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre:
 - Los servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de la *Evidencia de cobertura*. Esos capítulos le explican qué está cubierto, lo que no está cubierto, qué normas debe cumplir y lo que paga.
 - Los medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de la *Evidencia de cobertura*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos con receta** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando obtenga atención médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Infórmele al médico y a otros proveedores de atención médica** que es miembro de nuestro plan. Muestre la tarjeta de identificación de miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Permita que sus médicos** y otros proveedores de atención médica le brinden la mejor atención.
 - Proporcióneles información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus proveedores acuerdan.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan cuáles son todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Haga preguntas. Sus médicos y otros proveedores deben explicar las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que usted sea respetuoso en el consultorio del médico, los hospitales y otras oficinas de proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - **Si recibe algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9**).
- **Infórmenos si cambia de domicilio.** Si se muda, infórmenos de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera del área de servicio, no puede permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que residen en el área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1** de la *Evidencia de cobertura* le brinda información sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si contamos con algún plan en el área nueva.
 - Infórmele a Medicare y NJ FamilyCare sobre su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de la *Evidencia de cobertura* para obtener los números de teléfono de Medicare y NJ FamilyCare.
 - **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo podemos ponernos



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP).

en contacto con usted.

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**

J. Otros derechos y responsabilidades en virtud de NJ FamilyCare

J1. Responsabilidades de los miembros

Debe hacer lo siguiente:

- Proporcionar, en la mayor medida posible, la información que el personal profesional necesita para brindarle atención.
- Siga las instrucciones y pautas que usted brinde a sus proveedores de atención médica

J2. Derechos de los miembros

Tiene derecho a lo siguiente:

- Que se le trate con respeto, dignidad y necesidad de privacidad
- Que se le proporcione información sobre la organización, sus servicios, los profesionales que brindan atención y sus derechos y responsabilidades
- Que pueda comunicarse y entenderse con la ayuda de un traductor si necesita uno
- Que pueda elegir a sus profesionales de atención primaria (dentro de la red del plan) y el derecho a rechazar la atención de profesionales específicos
- Que pueda participar en la toma de decisiones sobre su atención médica
- Que el profesional de atención primaria, otro proveedor de atención médica o administrador de atención le informe plenamente acerca de su estado funcional y de salud, y que pueda participar en el desarrollo de un plan de atención que promueva sus capacidades funcionales e incentive su independencia
- Que pueda expresar cualquier reclamo sobre la organización o atención que recibe y recomiende cambios en las políticas y servicios en relación con el personal y los proveedores del plan y los representantes externos de su elección. Tiene derecho a hacer esto sin restricciones, interferencias, extorsiones, discriminación o represalias por parte del plan o sus proveedores
- Que prepare instrucciones anticipadas
- Que acceda a sus registros médicos en cumplimiento con las leyes federales y estatales aplicables
- Que esté libre de daños, incluidas restricciones físicas o aislamiento innecesarios, demasiada cantidad de medicamentos, maltrato físico o mental, o abandono
- Que esté libre de procedimientos peligrosos
- Que reciba información sobre opciones de tratamiento disponibles o cursos de atención alternativos
- Que pueda rechazar un tratamiento y le informen sobre las consecuencias de dicho rechazo
- Que le proporcionen servicios que promuevan
 - una calidad de vida significativa
 - independencia



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- vida independiente en su hogar u otro entorno comunitario, siempre que sea médica y socialmente posible
- sus sistemas de apoyo naturales
- Que elija o rechace la atención médica en lugar de los servicios o ajustes que el plan debe proporcionar, siempre que las opciones sean médicamente apropiadas y con una buena relación costo-eficacia.

J3. Responsabilidades de los miembros con MLTSS

Debe hacer lo siguiente:

- Proporcionar, tanto como pueda, la información necesaria al personal profesional que le brinde atención
- Siga las instrucciones y pautas que usted brinde a sus proveedores de atención médica
- Proporcionar toda la información relacionada con la salud y el tratamiento, incluidos sus medicamentos, circunstancias, condiciones de vida y sus sistemas de apoyo, a su administrador de atención para identificar sus necesidades y desarrollar un plan de atención
- Comprender sus necesidades de atención médica y trabajar con su administrador de atención para establecer o cambiar sus metas y servicios y crear o modificar su plan de atención para que pueda obtener los servicios que necesite en forma oportuna
- Hacer preguntas cuando no comprenda algo
- Comprender los riesgos asociados con sus decisiones acerca de la atención
- Informarle a su administrador de atención sobre cualquier cambio significativo en su afección médica, medicamentos, circunstancias, condiciones de vida o sistemas de apoyo
- Informarle a su administrador de atención si ocurre algún problema o si no está satisfecho con los servicios que está recibiendo
- Seguir las normas de su plan de salud y las de los entornos institucionales o residenciales (incluido cualquier costo compartido aplicable)

J4. Derechos de los miembros con MLTSS

Tiene derecho a lo siguiente:

- Solicitar y recibir información sobre los servicios disponibles
- Tener acceso a los proveedores de servicios calificados y la capacidad de elegir entre ellos
- Obtener información sobre sus derechos antes de recibir servicios aprobados que haya elegido
- Recibir servicios independientemente de la raza, la religión, el color, el credo, el género, la nacionalidad, las creencias políticas, la orientación sexual, el estado civil o la discapacidad
- Como residente de una comunidad con MLTSS, usted tiene derecho a lo siguiente:
 - Tener una llave para abrir/cerrar las puertas del hogar y el dormitorio
 - Tener visitas de su elección
 - realizar y recibir llamadas telefónicas
 - realizar un programa independiente
 - tener acceso a alimentos en cualquier momento, a menos que se determine de otra manera en un



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

- proceso documentado y centrado en la persona
- tener acceso a servicios apropiados que satisfagan su salud y bienestar
- Asumir los riesgos después de estar plenamente informados y capaces de comprender los riesgos y los resultados de las decisiones tomadas
- Tomar decisiones sobre sus necesidades de atención
- Participar en el desarrollo de su plan de atención y realizar cambios en ella
- Solicitar cambios de servicio en cualquier momento, incluso agregar, aumentar, disminuir o interrumpir el servicio
- Solicitar y recibir de su administrador de atención una lista de nombres y responsabilidades de cualquier persona que le brinde servicios en virtud del plan de atención
- Recibir asistencia y dirección de su administrador de atención para resolver inquietudes sobre sus necesidades de atención o reclamos sobre los servicios o proveedores
- Ser informado de los derechos específicos de los residentes del centro y recibirlos por escrito cuando se lo admita en un entorno institucional o residencial
- Tener información sobre todos los servicios cubiertos o requeridos a los que tiene derecho, requerido por el entorno institucional o residencial u ofrecido por este, y cualquier cargo por un centro que no cubra el plan de cuidado administrado
- No ser transferido o dado de alta de un centro, excepto en los siguientes casos:
 - por necesidad médica
 - para proteger su bienestar y seguridad física o la seguridad y bienestar de otros residentes
 - debido al incumplimiento, después de un aviso razonable y apropiado, de la falta de pago al centro de los ingresos disponibles según se informa en el estado de ingresos disponibles para el pago de Medicaid
- Su plan de salud debe proteger y promover su capacidad para ejercer todos los derechos identificados en este documento
- Todos los derechos y responsabilidades mencionados aquí deben ser enviados a su representante autorizado o tutor legal designado por el tribunal



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

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

Introducción

Este capítulo incluye información sobre sus derechos. Lea este capítulo para averiguar qué hacer en estas situaciones:

- Tiene un problema o un reclamo sobre su plan.
- Necesita un servicio, producto o medicamento que su plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan tomó sobre su atención.
- Cree que los servicios cubiertos finalizarán demasiado pronto.
- Tiene un problema o un reclamo con sus servicios y apoyos a largo plazo, que incluyen los servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) y en un centro de atención de enfermería (NF).

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes del capítulo que se aplican a su situación:** Debe obtener la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su médico y otros proveedores determinan que son necesarios para su atención como parte del plan de atención.

Si tiene un problema con su atención, puede llamar a la Oficina del defensor del pueblo en materia de seguros al 1-800-446-7467 para obtener ayuda. Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para diferentes problemas y reclamos, pero siempre puede llamar al Programa de Ombuds para obtener orientación con su problema. Para obtener más recursos para abordar sus inquietudes y formas de comunicarse con ellos, consulte el **Capítulo 2** de su *Evidencia de cobertura*.

Índice

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

A. Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud	131
A1. Acerca de los términos legales	131
B. Dónde obtener ayuda	131
B1. Para obtener más información y ayuda	131
C. Explicación de los reclamos y las apelaciones de Medicare y NJ FamilyCare de nuestro plan	132
D. Problemas con sus beneficios	132
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	132
E1. Decisiones de cobertura	133



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

E2. Apelaciones	133
E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones	136
E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarlo	136
F. Atención médica	136
F1. Cómo utilizar esta sección	137
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	137
F3. Presentar una apelación de Nivel 1	139
F4. Presentar una apelación de Nivel 2	142
F5. Problemas de pago	147
G. Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare	148
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare	148
G2. Excepciones de la Parte D de Medicare	149
G3. Aspectos importantes que debe saber acerca del pedido de una excepción	150
G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	150
G5. Presentar una apelación de Nivel 1	152
G6. Presentar una apelación de Nivel 2	154
H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada ...	155
H1. Aprender sobre sus derechos de Medicare	156
H2. Presentar una apelación de Nivel 1	156
H3. Presentar una apelación de Nivel 2	158
H4. Presentar una apelación alternativa de Nivel 1	158
H5. Presentar una apelación alternativa de Nivel 2	159
I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos	160
I1. Aviso por adelantado antes de que finalice su cobertura	160
I2. Presentar una apelación de Nivel 1	160
I3. Presentar una apelación de Nivel 2	162
I4. Presentar una apelación alternativa de Nivel 1	162
I5. Presentar una apelación alternativa de Nivel 2	163
J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	164
J1. Pasos a seguir para los servicios y productos de Medicare	164
J2. Apelaciones adicionales de NJ FamilyCare	165
J3. Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare	165
K. Cómo presentar un reclamo	166



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

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

K1. Qué tipos de problemas deben ser reclamos	166
K2. Reclamos internos	168
K3. Reclamos externos	169



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/medicare/njdsnps).

A. Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica cómo tratar los problemas e inquietudes. El proceso que utilice dependerá del tipo de problema que tenga. Use un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar reclamos**; también denominados quejas.

Para garantizar la imparcialidad y la prontitud, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

Existe terminología legal en este capítulo para algunas normas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que usamos palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales cuando es posible. Usamos la menor cantidad de abreviaturas posibles.

Por ejemplo, decimos lo siguiente:

- “Presentar un reclamo” en lugar de “interponer una queja”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación organizada”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de revisión independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de revisión independiente” (IRE)

Saber los términos legales apropiados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, por lo que también le ofrecemos dichos términos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

Algunas veces, es confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)

Puede llamar al SHIP. Los asesores del SHIP pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer con su problema. El SHIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El SHIP ha formado asesores en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del SHIP es 1-800-792-8820 (TTY: 711).

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

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

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información del Departamento de Servicios Sociales de NJ, División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (el programa Medicaid de New Jersey)

Puede obtener ayuda e información de la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (el programa Medicaid de New Jersey) llamando al 1-800-701-0710 (TTY: 711). Su sitio web puede encontrarse en state.nj.us/humanservices/dmahs/.

C. Explicación de los reclamos y las apelaciones de Medicare y NJ FamilyCare de nuestro plan

Tiene Medicare y NJ FamilyCare. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y NJ FamilyCare. Esto a veces se denomina “proceso integrado”, porque combina o integra procesos de Medicare y NJ FamilyCare.

A veces, los procesos de Medicare y NJ FamilyCare no se pueden combinar. En dichas situaciones, usted utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de NJ FamilyCare. En la **Sección F4**, se explican estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes del capítulo que se aplican a su situación. La tabla que figura a continuación lo ayuda a encontrar la sección correcta en este capítulo si tiene problemas o reclamos.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta específicos están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta.

Sí.	No.
Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección E , “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección K , “Cómo presentar un reclamo”.

E. Decisiones de cobertura y apelaciones



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura. También incluye problemas con el pago.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura de sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si su proveedor de la red del plan lo remite a un especialista médico fuera de la red, esta remisión se considera una decisión favorable, a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que ha recibido un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o el servicio mencionado nunca está cubierto en ninguna situación (consulte el **Capítulo 4, Sección F** de su *Evidencia de cobertura*).

Usted o su médico también puede comunicarse con nosotros y pedir una decisión de cobertura. Usted o su médico pueden no estar seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos rechazar brindarle la atención médica que cree que necesita. **Si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted. En algunos casos, podemos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura para usted por Medicare o NJ FamilyCare. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original sobre su apelación.

Cuando completamos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, puede solicitar una “decisión rápida de cobertura” o una decisión acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto médico o producto de la Parte B de Medicare, en la carta se le informará que le enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente (IRO) para una apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de la Parte D de Medicare o del producto de Medicaid, en la carta se le informará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto cubierto tanto por Medicare como Medicaid, la carta le dará información sobre ambos tipos de apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

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

adicionales de apelación.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

Puede pedir ayuda de cualquiera de las siguientes opciones:

- **Departamento de Servicios para Miembros** al número que aparece en la parte inferior de la página.
- El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), que puede comunicarse con el 1-800-792-8820 (TTY: 711).
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
- **Un amigo o miembro de la familia.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante”, y solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no es obligatorio que tenga uno** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado de la asociación de abogados local, u otro servicio de remisión. Algunos grupos legales le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos.

Complete el formulario de nombramiento de un representante si quiere que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le otorga a alguien la autorización de actuar por usted.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página y solicite el formulario de “nombramiento de un representante”. También puede obtener el formulario visitando <https://www.cms.gov/medicare/cms-forms/cms-forms/downloads/cms1696spanish.pdf>. **Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.**

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarlo

Existen cuatro situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Damos detalles para cada una en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que se aplica:

- **Sección F**, “Atención médica”
- **Sección G**, “Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare”
- **Sección H**, “Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada”
- **Sección I**, “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos” (Esta sección solo se aplica a los siguientes servicios: Servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa SHIP llamando al 1-800-792-8820 (TTY: 711).

F. Atención médica



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos su atención.

En esta sección, se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de su *Evidencia de cobertura*. Por lo general, hablaremos de “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección. El término “atención médica” incluye servicios y productos médicos, servicios de salud conductual y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare, que son medicamentos administrados por su médico o profesional de salud. Diferentes normas pueden aplicarse a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare. Cuando es así, explicamos cómo difieren las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare en sí de las normas para los servicios y productos médicos.

F1. Cómo utilizar esta sección

Esta sección explica lo que puede hacer en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Cree que cubrimos la atención médica que necesita, pero no la están recibiendo.
Lo que puede hacer: Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.
2. No aprobamos la atención médica que quiere brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que deberíamos.
Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.
3. Tiene atención médica que cree que cubrimos, pero no pagaremos.
Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.
4. Recibió y pagó atención médica que creía que cubrimos, y quiere que le reembolsemos el pago.
Lo que puede hacer: Puede pedirnos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.
5. Reducimos o interrumpimos su cobertura para determinados servicios de atención médica y usted considera que nuestra decisión podría perjudicar su salud.
Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la **Sección F4**.
 - Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios de CORF, se aplican normas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
 - Para todas las demás situaciones en las que se involucre la reducción o suspensión de su cobertura para cierta atención médica, use esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una “**determinación integrada de la organización**”.

Usted, su médico, o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura mediante las siguientes opciones:

- Por teléfono al: 1-844-362-0934 (TTY: 711).
- Por fax al: 1-833-322-0034.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

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

- Por escrito:
Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
7400 W Campus Rd.
New Albany, OH 43054

Decisión estándar de cobertura

Cuando le comunicamos nuestra decisión, usamos el plazo “estándar”, a no ser que aceptemos usar el plazo “rápido”. Una decisión estándar de cobertura significa que le damos una respuesta sobre lo siguiente:

- Servicio o producto médico en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

Para un producto o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. **No podemos tomarnos días adicionales si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.**

Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, incluido un reclamo rápido, consulte la **Sección K**.

Decisión rápida de cobertura

El término legal para una “decisión rápida de cobertura” es “**determinación acelerada**”.

Cuando nos pide que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud exige una respuesta rápida, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”. Una decisión rápida de cobertura significa que le daremos una respuesta sobre lo siguiente:

- Servicio o producto médico en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.
- Medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud.

Para un producto o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si observamos que falta información que podría beneficiarlo (como registros médicos de un proveedor fuera de la red) o si usted necesita tiempo para obtener información para la revisión. Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. **No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.**

Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales para tomar una decisión de cobertura, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, incluido un reclamo rápido, consulte la **Sección K**. Lo



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Está pidiendo una cobertura para atención médica que **no recibió**. No puede pedir una decisión rápida de cobertura sobre el pago de la atención médica que ya tiene.
- La vía de plazos estándares **puede poner su salud en grave peligro** o dañar su capacidad funcional.

Le comunicamos automáticamente una decisión rápida de cobertura si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si nos pide sin el apoyo de su médico, decidimos si tiene una decisión rápida de cobertura.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviamos una carta en la que se le informa la situación y usamos los plazos estándares en su lugar. En la carta se le indica lo siguiente:
 - Le comunicamos automáticamente una decisión rápida de cobertura si su médico lo pide.
 - Cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de una decisión rápida de cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, incluido un reclamo rápido, consulte la **Sección K**.

Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que se le explican las razones.

- Si la **rechazamos**, tiene derecho a presentar una apelación. Si usted piensa que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos revisar nuestra decisión y modificarla.
- Si decide apelar, irá al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos desestimar su solicitud de una decisión de cobertura, que implica que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud, se incluyen los siguientes:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o
- si pide que se retire su solicitud.

Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo pedir su revisión. Esta revisión se denomina apelación. Se comentan las apelaciones en la sección siguiente.

F3. Presentar una apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-844-362-0934 (TTY: 711).

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamando al 1-844-362-0934 (TTY: 711).



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

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

- Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicitan continuar con un servicio o producto que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación en su nombre, incluya un formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario visitando <https://www.cms.gov/medicare/cms-forms/cms-forms/downloads/cms1696spanish.pdf>.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación:
 - Rechazamos su solicitud, y
 - Le enviamos un aviso por escrito en el que se explica su derecho a solicitar que una IRO revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación en el plazo de 60 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si se vence el plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son haber tenido una enfermedad grave o que le hayamos dado la información incorrecta sobre el plazo. Explique la razón por la que su apelación se retrasó cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica que no recibió, usted o su médico deciden si necesita una apelación rápida.

Le comunicamos automáticamente una apelación rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere.

Si nos pide sin el apoyo de su médico, decidimos si recibe una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta en la que se lo informa y usamos los plazos estándares en su lugar. En la carta se le indica lo siguiente:
 - Le damos una apelación rápida automáticamente si su médico lo solicita.
 - Cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de proporcionarle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, incluido un reclamo rápido, consulte la **Sección K**.

Si le comunicamos que interrumpiremos la cobertura o reduciremos los servicios o productos que ya recibe, es posible que pueda continuar con dichos productos o servicios durante la apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o producto que recibe, le enviamos un aviso antes de actuar.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

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

- Continuamos cubriendo el servicio o producto si presenta una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que suceda después.
 - Si cumple este plazo, recibirá el servicio o producto sin cambios mientras esté pendiente su apelación de Nivel 1.
 - También recibirá todos los demás servicios o productos (que no estén sujetos a su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o producto no se continuará mientras espera su decisión de apelación.

Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica.
- Verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
- Si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas o al final de los días adicionales que tomemos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Una IRO luego lo revisa. Más adelante en este capítulo, le hablamos sobre esta organización y explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid, puede presentar una apelación de Nivel 2 con el estado mismo tan pronto como se presente el momento. En New Jersey, tiene dos opciones para las apelaciones de Nivel 2. La primera se denomina apelación IURO. La IURO es la Organización independiente de revisión de uso del estado. La otra opción se denomina audiencia imparcial. **La sección F4** incluye una explicación detallada de estas dos opciones comenzando en la página [142](#).
- **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud**, le enviaremos su apelación a la IRO para una apelación de Nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación para los servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no recibió, le damos nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación o antes



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

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

si su salud lo requiere.

- Si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión.
 - Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión. Cuando presenta un reclamo rápido, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección K**.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo establecido o al final de los días adicionales que tomemos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Una IRO luego lo revisa. Más adelante en este capítulo, le hablamos sobre esta organización y explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid, puede presentar una apelación de Nivel 2 con el estado mismo tan pronto como se presente el momento. En New Jersey, tiene dos opciones para las apelaciones de Nivel 2. La primera se denomina apelación IURO. La IURO es la Organización independiente de revisión de uso del estado. La otra opción se denomina audiencia imparcial. **La sección F4** incluye una explicación detallada de estas dos opciones comenzando en la página [142](#).

Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 30 días calendario, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, tiene **derechos de apelación adicionales**:

- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicare, en la carta se le informa que hemos enviado su caso a la IRO para una apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de NJ FamilyCare, en la carta se le indica cómo presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta.

F4. Presentar una apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** parte o la totalidad de la apelación de Nivel 1, le enviamos una carta. En esta carta se le indica si Medicare, NJ FamilyCare, o ambos programas suelen cubrir el servicio o producto.

- Si tiene problemas con un servicio o producto que generalmente cubre Medicare, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones, tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si tiene problemas con un servicio o producto que NJ FamilyCare generalmente cubre, puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. En la carta se le indica cómo hacerlo. También incluimos información adicional más adelante en este capítulo.
- Si tiene problemas con un servicio o producto que **Medicare y NJ FamilyCare** pueden cubrir, obtendrá automáticamente una apelación de Nivel 2 ante el IRO. También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si reúne los requisitos para la continuación de los beneficios al presentar la apelación de Nivel 1, los beneficios por el servicio, producto o medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre la continuidad de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si tiene problemas con un servicio que generalmente está cubierto solo por Medicare, los beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la IRO.
- Si tiene problemas con un servicio que generalmente está cubierto solo por NJ FamilyCare, sus beneficios para ese servicio continúan si presenta una apelación de Nivel 2 en un plazo de 10 días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema está relacionado con un servicio o producto que generalmente está cubierto por Medicare

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” (IRO) es “**Entidad de revisión independiente**”, a veces denominada “**IRE**”.

- Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare elige a la compañía para ser la IRO y Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviamos información sobre su apelación (su “expediente de caso”) a esta organización. Tiene derecho a recibir una copia gratuita de su expediente de caso.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concedió una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si se le concedió una apelación rápida ante nosotros en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 72 horas** de obtener su apelación.
- Si su solicitud es de un producto o servicio médico y la IRO necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concedió una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si se le concedió una apelación estándar ante nosotros en el Nivel 1, obtiene automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es de un producto o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** de obtener su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** de recibir su apelación.
- Si su solicitud es de un producto o servicio médico y la IRO necesita reunir más información que



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

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

pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La IRO puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

La IRO le da su respuesta por escrito y explica las razones.

- **Si la IRO acepta parte o la totalidad de la solicitud de un producto o servicio médico,** debemos tomar alguna de las siguientes medidas:
 - Autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas;**
 - Brindar el servicio **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir la decisión de la IRO para **solicitudes estándares; o**
 - Brindar el servicio **en un plazo de 72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas.**
- **Si la IRO acepta parte o la totalidad de la solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o brindar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en disputa:**
 - **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de IRO para **solicitudes estándares, o**
 - **en un plazo de 24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **las solicitudes aceleradas.**
- **Si la IRO rechaza parte o la totalidad de su apelación,** significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.
 - Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, hasta un total de cinco niveles.
 - Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
 - Un juez administrativo (ALJ) o un abogado mediador gestionan una apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema está relacionado con un servicio o producto que generalmente está cubierto por Medicaid o que está cubierto tanto por Medicare como NJ FamilyCare

Una apelación de Nivel 2 para servicios que NJ FamilyCare generalmente cubre le ofrece dos opciones. Una opción es una apelación con la IURO, la Organización independiente de revisión de uso del estado. La segunda opción es una audiencia imparcial ante el estado. Debe solicitar una apelación ante la IURO **dentro de un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en que le enviamos la carta sobre la decisión de su apelación de Nivel 1. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **dentro de un plazo de 120 días calendario,** a partir de la fecha de envío de la carta con la decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que le enviamos le indica dónde debe presentar su solicitud de una audiencia imparcial.

¿Cómo solicito una apelación IURO?

- La Organización independiente de revisión de uso (IURO) es una organización independiente



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

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

contratada por el Departamento de Banca y Seguros (DOBI) del estado de New Jersey. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es elegida por el DOBI para que funcione como un revisor independiente de apelaciones médicas, y el DOBI administra el proceso de apelaciones IURO. Una revisión de la IURO también se denomina, en ocasiones, “apelación IURO” o “apelación externa”.

- La IURO normalmente no revisará los casos en función de los siguientes servicios:
 - programa de vida asistida
 - servicios de vida asistida: Cuando la denegación no se basa en la necesidad médica
 - capacitación para cuidadores o participantes
 - servicios de tareas domésticas
 - servicios de transición comunitaria
 - atención de apoyo basado en el hogar
 - entrega de comidas a domicilio
 - asistencia de atención personal (PCA)
 - cuidados paliativos (diarios y por hora)
 - atención diurna social
 - programa diurno estructurado: Cuando la denegación no se basa en la necesidad médica
 - servicios diurnos respaldados: Cuando la denegación no se basa en el diagnóstico de la lesión cerebral traumática (TBI)
- El proceso de apelaciones IURO es opcional. Puede solicitar una apelación IURO y esperar hasta recibir la decisión de la IURO antes de solicitar una audiencia imparcial. O puede pedir una apelación IURO y una audiencia imparcial al mismo tiempo (las solicitudes se presentan ante dos organizaciones diferentes). **No debe solicitar una apelación ante la IURO antes de solicitar una audiencia imparcial.**
- Puede pedir una apelación IURO usted mismo o puede pedirla su Representante autorizado (que puede ser su proveedor, si actúa en su nombre con su consentimiento por escrito).
- Puede pedir una apelación IURO completando el *formulario de solicitud de apelación externa*. Se le enviará una copia del *formulario de solicitud de apelación externa*, junto con la carta sobre la decisión de su apelación de Nivel 1. Debe enviar este formulario a la siguiente dirección, **dentro de un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta sobre la decisión de su apelación de Nivel 1:

Maximus Federal – NJ IHCAP
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, New York 14534

También puede enviar el formulario por fax al **585-425-5296**, o por correo electrónico a Stateappealseast@maximus.com.

- Si está apelando porque le informamos sobre la suspensión o reducción de los servicios o productos que ya estaba recibiendo y quiere mantener esos servicios o productos durante su apelación IURO, debe solicitar la apelación IURO **dentro de un plazo de 10 días calendario** a partir de la fecha de la carta sobre la decisión de su apelación de Nivel 1.
- Si la IURO revisa su caso, tomará una decisión **en un plazo de 45 días calendario** (o antes, si fuera necesario debido a su afección médica). Si la apelación IURO consiste en una apelación



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

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

“rápida”, la IURO tomará una decisión **en un plazo de 48 horas**.

- Si tiene preguntas sobre el proceso de apelación IURO o necesita ayuda con la solicitud, puede llamar al Departamento de Banca y Seguros al 1-888-393-1062 o al 609-777-9470.

¿Cómo solicito una audiencia imparcial?

- Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito **dentro de un plazo de 120 días calendario**, a partir de la fecha de envío de la carta con la decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que le enviamos le indicará dónde debe presentar su solicitud de audiencia.
- Si solicita una audiencia imparcial acelerada o “rápida”, y cumple con todos los requisitos para una audiencia “rápida”, se tomará una decisión en un plazo de 72 horas desde que la agencia recibe su solicitud de audiencia.
- Sin embargo, si está apelando porque le informamos sobre la suspensión o reducción de los servicios o productos que ya estaba recibiendo y quiere mantener esos servicios o productos durante la audiencia imparcial, debe solicitar **por escrito** que sus beneficios continúen en su solicitud de audiencia imparcial y debe enviarla **en un plazo de 10 días calendario** a partir de la fecha de la carta con la decisión de su apelación de Nivel 1.

O bien, si solicitó una apelación IURO y recibió una decisión adversa antes de solicitar una audiencia imparcial, debe enviar esta solicitud por escrito **en un plazo de 10 días calendario** a partir de la fecha de la carta con la decisión adversa sobre su apelación IURO.

Tenga en cuenta que, si pide que se continúen sus servicios o productos durante una audiencia imparcial y la decisión final no se toma a su favor, es posible que deba pagar el costo de los servicios o productos.

La Oficina de Audiencias Imparciales le proporciona su decisión por escrito y le explica las razones.

- Si la Oficina de Audiencias Imparciales **acepta** parte o la totalidad de la solicitud de un producto o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o producto **en un plazo de 72 horas** después de recibir su decisión.
- Si esta oficina **rechaza** parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la decisión de la IRO o de la Oficina de Audiencias Imparciales es **rechazar** la totalidad o parte de su solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su apelación de Nivel 2 pasó a la **IRO**, podrá apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o producto que desea cumple con un determinado monto mínimo. Un ALJ o un abogado mediador gestionan una apelación de Nivel 3. **En la carta que le envía la IRO, se explican los derechos de apelación adicionales que pueda tener.**

La carta que recibe de la Oficina de Audiencias Imparciales describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J**, para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen los servicios y productos cubiertos. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio o producto cubierto. Usted nunca debe pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por los servicios y productos cubiertos, envíenos dicha factura. No debe pagar la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Si pagó la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan siempre que haya seguido las normas para obtener los servicios o productos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de su *Evidencia de cobertura*. Describe las situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que le envió un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación en la que se nos solicita el pago.

Si pide que le hagamos un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Comprobaremos si el servicio o producto que pagó tiene cobertura y si ha seguido todas las normas para usarla.

- Si el servicio o producto por el que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago por el servicio o producto en el plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si aún no ha pagado por el servicio o producto, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago corresponde a **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o producto no está cubierto o usted no siguió todas las normas, le enviaremos una carta en la que se le indicará por qué no pagaremos el servicio o producto.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le paguemos el reembolso, debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario después de obtener su apelación.
- Si nos solicita reembolsarle la atención médica que recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y **Medicare** generalmente cubre el servicio o producto, le enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revoca nuestra decisión e indica que debemos pagarle, debemos enviarles el pago a usted o al proveedor en el plazo de 30 días calendario. Si **aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarles el pago a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta en la que se explican los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y NJ FamilyCare generalmente cubre el servicio o producto, puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** comenzando en la página [142](#) para obtener más información.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

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

G. Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre que NJ FamilyCare puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** En lugar de decir “medicamento de la Parte D de Medicare” en el resto de esta sección, diremos “medicamento”.

Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Nos pide que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos lo siguiente:
 - cubrir un medicamento de la Parte D de Medicare que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan, o
 - dejar de lado una restricción sobre la cobertura de un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (como cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos de nuestro plan, pero debemos aprobarlo para usted antes de que lo cubramos).

NOTA: Si la farmacia le dice que su receta no puede surtirse de la forma en que está escrita, la farmacia le proporciona un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina una **“determinación de cobertura”**.

- Nos pide que paguemos por un medicamento que ya ha comprado. Esto significa solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la tabla que aparece debajo para obtener ayuda.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que dejemos	Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted considera que cumple	Quiere pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya obtuvo y pagó.	Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted quiere.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

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

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
de lado una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos. Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura) Comience con la Sección G2 , después consulte las Secciones G3 y G4.	las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita. Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección G4.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Consulte la Sección G4.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Consulte la Sección G5.

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la forma que a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

Pedir cobertura para un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o para la eliminación de una restricción de un medicamento, en ocasiones, se denomina “**excepción al formulario**”.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a emitir recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.

- Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos (consulte el **Capítulo 5** de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información).
- Las normas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Que se exija utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Que obtenga nuestra aprobación por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto suele denominarse “autorización previa (PA)”.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

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

- Que se exija probar primero con otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”.
- Que existan límites de cantidad. Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.
- Nuestra Lista de medicamentos, a menudo, incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se denominan medicamentos “alternativos”.

G3. Aspectos importantes que debe saber acerca del pedido de una excepción

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos las razones médicas.

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para pedir una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es igual de eficaz que el medicamento que pide y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, **no** aprobamos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud.

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. A su vez, será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-844-362-0934 (TTY: 711), por escrito o por fax. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) u otra persona que actúe en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- No necesita darle permiso por escrito a su médico u otra persona autorizada a dar recetas para pedir una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su *Evidencia de cobertura*.
- Si solicita una excepción, denos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye a su médico u otros motivos médicos de la persona autorizada a dar recetas para la solicitud de excepción.
- Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

de respaldo. También pueden llamarnos por teléfono y, a continuación, enviarnos la declaración por fax o correo postal.

Si su salud lo requiere, pídanos una “decisión rápida de cobertura”.

Usamos los “plazos estándares”, a menos que aceptemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión estándar de cobertura** significa que le damos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida de cobertura** significa que le damos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

Una **“decisión rápida de cobertura”** se denomina una **“determinación acelerada de cobertura”**.

Puede obtener una decisión rápida de cobertura si ocurre lo siguiente:

- Es por un medicamento que no recibió. No puede obtener una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.
- Su salud o capacidad funcional serán gravemente afectadas si usamos los plazos estándares.

Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, aceptamos y le otorgamos una. Le enviamos una carta en la que se le informa esto.

- Si nos pide una decisión rápida de cobertura sin ayuda de su médico o de la persona autorizada a dar recetas, decidimos si obtendrá una decisión rápida de cobertura.
- Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, usamos los plazos estándares en su lugar.
 - Le enviamos una carta en la que se le informa esto. En la carta también se le indica cómo presentar un reclamo sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar un reclamo rápido y obtener una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección K**.

Plazos límite para una decisión “rápida” de cobertura

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le damos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, le daremos la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir la solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con las razones. En la carta también se le explica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que no recibió



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

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

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le damos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le damos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, le daremos la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con las razones. En la carta, también se le explica cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, le reembolsaremos en un plazo de 14 días calendario.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con las razones. En la carta, también se le explica cómo presentar una apelación.

G5. Presentar una apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D de Medicare se llama “**redeterminación**” del plan.

- Comience su **apelación estándar** o **rápida** llamando al 1-844-362-0934 (TTY: 711), por escrito o por fax. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Debe solicitar una apelación **en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si se vence el plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son haber tenido una enfermedad grave o que le hayamos dado la información incorrecta sobre el plazo. Explique la razón por la que su apelación se retrasó cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

Una “apelación rápida” también se llama “**redeterminación acelerada**”.

- Si apela una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que no recibió, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión rápida de cobertura. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 1

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.
 - Le damos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego una IRO lo revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de obtener su apelación.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones y se le indica cómo presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si usamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación para un medicamento que usted no recibió.
- Le comunicamos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su afección de salud así lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, pídaenos una apelación rápida.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego una IRO lo revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como su salud lo requiera, pero **no en una fecha posterior a los 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** por un medicamento que compró **en un plazo de 30 días calendario** después de obtener su apelación.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta en la que se le explican las razones y se le indica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle una respuesta sobre cómo devolverle el costo de un medicamento que compró **en un plazo de 14 días calendario** después de obtener su apelación.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego una IRO lo revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).



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

- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones y se le indica cómo presentar una apelación.

G6. Presentar una apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, debe usar el proceso de apelaciones de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** su primera apelación. Esta organización determina si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” (IRO) es “**Entidad de revisión independiente**”, a veces denominada “**IRE**”.

Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con la IRO **por escrito** y pedir una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, en la carta que le enviamos se incluyen **las instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la IRO. En las instrucciones, se le indica quién puede presentar la apelación de Nivel 2, qué plazos deberá cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando presenta una apelación ante la IRO, le enviamos a la organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a recibir una copia gratuita de su expediente de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 2

Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la IRO.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- Si **aceptan** parte o la totalidad de su solicitud, debemos brindar la cobertura para medicamentos aprobada **en un plazo de 24 horas** después de obtener la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que usted no recibió.
- **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación para el reembolso de un medicamento que compró.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si la IRO **acepta** parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos brindar la cobertura para medicamentos aprobada **en un plazo de 72 horas** después de obtener la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle el costo de un medicamento que compró en un plazo de 30 días calendario después de recibir la decisión de la IRO.
- Si la **IRO rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO **rechaza** su apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que solicita cumple con un valor en dólares mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que pide es menor que el mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En este caso, la decisión de apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta en la que se le informa el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO **rechaza** su apelación de Nivel 2 y usted cumple el requisito para continuar el proceso de apelaciones, usted:
 - Decide si quiere presentar una apelación de Nivel 3.
 - Consulte la carta que la IRO le envió después de su apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado mediador gestiona las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de su *Evidencia de cobertura*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajan con usted para prepararlo para el día en que deje el hospital. También ayudan a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la “fecha del alta”.
- Su médico o el personal del hospital le indicarán cuál es su fecha del alta.

Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o que le preocupa su atención después de que se vaya del hospital, puede pedir una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo solicitarla.

H1. Aprender sobre sus derechos de Medicare



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

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

Dentro de los dos días después de haber ingresado en el hospital, alguien en el hospital, como un enfermero o un asistente social, le dará un aviso por escrito denominado “An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)”. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital.

Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea atentamente el aviso** y consulte cualquier duda que tenga. En el aviso se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos sus derechos a lo siguiente:
 - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Ser parte de cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
 - Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Presentar una apelación si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre pueden firmar el aviso.
 - Firmar este aviso **solo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con la fecha del alta que su médico o el personal del hospital le hayan informado.
- **Guarde la copia** del aviso firmado para que tenga la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes de dejar el hospital, recibirá otra copia antes de recibir el alta. Puede consultar una copia del aviso por adelantado si hace lo siguiente:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página.
- Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNL.

H2. Presentar una apelación de Nivel 1

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, presente una apelación. La Organización para la mejora de la calidad (QIO) revisa la apelación de Nivel 1 para averiguar si la fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos comprueban y ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. No son parte de nuestro plan.

En New Jersey, la QIO es Livanta. Llámelos al 1-866-815-5440 (TTY: 1-866-868-2289). La información de contacto también se encuentra en el aviso, “An Important Message from Medicare about Your Rights” (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos), y en el **Capítulo 2**.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Llame a la QIO antes de que se vaya del hospital y no después de su fecha prevista del alta.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha prevista del alta sin que deba pagar por ello, mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- **Si se vence el plazo** para comunicarse con la QIO sobre su apelación, apele ante nuestro plan directamente. Consulte la **Sección G4** para obtener información sobre cómo presentar una apelación ante nosotros.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página.
- Llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al 1-800-792-8820 (TTY: 711).

Solicite una revisión rápida. Actúe rápido y comuníquese con la QIO para pedir una revisión rápida de su alta del hospital.

El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata” o “revisión acelerada”.

Lo que sucede durante una revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debe continuar después de la fecha prevista del alta. No es obligatorio que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nuestro plan les suministró.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, recibirá una carta con la fecha prevista del alta. La carta también le explica por qué su médico, el hospital y nosotros consideramos que es la fecha correcta del alta médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación por escrito es el “**Aviso detallado del alta**”. Para obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNL.

En un plazo de un día completo después de obtener toda la información que necesita, la QIO le dará la respuesta a su apelación.

Si la QIO **acepta** su apelación, ocurrirá lo siguiente:

- Le brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

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

que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Creen que su fecha prevista del alta es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior al día en que la QIO le dé la respuesta a su apelación.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la QIO le dé la respuesta a su apelación.
- Puede presentar una apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su apelación de Nivel 1 y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta.

H3. Presentar una apelación de Nivel 2

Para una apelación de Nivel 2, usted le pide a la QIO que analice de nuevo la decisión que se tomó en su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-866-815-5440 (TTY: 1-866-868-2289).

Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la QIO **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Revisarán de nuevo toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su apelación de Nivel 2 en el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Debemos devolverle los costos de la atención hospitalaria desde el mediodía del día después de la fecha en que la QIO rechazó su apelación de Nivel 1.
- Le brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con su decisión sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le dan una carta en la que se le indica qué puede hacer si quiere continuar el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado mediador gestiona las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H4. Presentar una apelación alternativa de Nivel 1

El plazo para ponerse en contacto con la QIO para una apelación de Nivel 1 es dentro de los 60 días o no después de la fecha prevista del alta del hospital. Si se vence el plazo de apelación de Nivel 1, puede utilizar un proceso de “apelación alternativa”.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página y pídanos una “revisión rápida” de su fecha del alta del hospital.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

- Analizamos toda la información sobre su hospitalización.
- Comprobamos que la primera decisión fue justa y seguía las normas.
- Usamos plazos rápidos en lugar de plazos estándares y le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas de cuando solicitó una revisión rápida.

Si **aceptamos** su apelación rápida, ocurrirá lo siguiente:

- Aceptamos que debe estar en el hospital después de la fecha del alta.
- Le brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Le reembolsamos los costos de la atención que obtuvo a partir de la fecha en la que le informamos que su cobertura finalizaría.

Si **rechazamos** su apelación rápida:

- Aceptamos que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza en la fecha que le indicamos.
- No pagaremos ninguno de los costos después de esa fecha.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta si continuó estando en el hospital.
- Le enviamos su apelación a la IRO para asegurarnos de haber seguido todas las normas. Al hacer esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelaciones de Nivel 2.

H5. Presentar una apelación alternativa de Nivel 2

Le enviamos la información para su apelación de Nivel 2 a la IRO en un plazo de 24 horas después de **rechazar** su apelación de Nivel 1. Lo hacemos automáticamente. No es necesario que haga nada.

Si cree que no cumplimos este plazo, o cualquier otro plazo, puede presentar un reclamo. Consulte la **Sección K** para obtener información sobre cómo presentar reclamos.

La IRO realiza una revisión rápida de su apelación. Analizarán cuidadosamente toda la información sobre su alta del hospital y, por lo general, le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

Si la IRO **acepta** su apelación:

- Le reembolsamos los costos de la atención que obtuvo a partir de la fecha en la que le informamos que su cobertura finalizaría.
- Le brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

que sean médicamente necesarios.

Si la IRO **rechaza** su apelación:

- Aceptan que su fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
- Le dan una carta en la que se le indica qué puede hacer si quiere continuar el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado mediador gestiona las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección solo trata acerca de tres tipos de servicios que puede recibir:

- servicios de atención médica a domicilio
- atención de enfermería especializada en un centro de atención de enfermería especializada
- atención de rehabilitación como paciente externo en un CORF aprobado por Medicare. Esto generalmente significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a obtener los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico le diga que los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir alguno de estos, tenemos que decirle **antes** de que se cancelen sus servicios. Cuando finalice su cobertura para ese servicio, dejaremos de pagarlo.

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso por adelantado antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. A esto se lo denomina “Aviso de la no cobertura de Medicare”. En el aviso se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibieron. Firmar este aviso **solo** demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Presentar una apelación de Nivel 1

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección describe el proceso de apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y siga los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. Si cree que no estamos cumpliendo



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre los reclamos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página.
 - Llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al 1-800-792-8820 (TTY: 711).
- **Comuníquese con la QIO.**
 - Consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
 - Pídeles que revisen su apelación y decidan si debe cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápido y pídanos una “apelación acelerada”.** Consulte a la QIO si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la QIO antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia que figura en el Aviso de la no cobertura de Medicare que le enviamos.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la QIO, puede presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre cómo hacerlo, consulte la **Sección I4**.

El término legal para el aviso por escrito es **“Aviso de la no cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, obtenga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI.

Lo que sucede durante una apelación acelerada

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debe continuar. No es obligatorio que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores miran su información médica, hablan con su médico y revisan la información que le suministró nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se explican nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios. Usted recibe el aviso al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es **“Explicación detallada de no cobertura”**.

- Los revisores le informarán su decisión dentro del plazo de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la QIO **acepta** su apelación:



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

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

- Le brindaremos los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Su cobertura se cancela en la fecha que le indicamos.
- Dejaremos de pagar los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Usted paga el costo total de esta atención si decide continuar con los servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un CORF después de la fecha en que se cancela su cobertura.
- Usted decide si quiere continuar con estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

13. Presentar una apelación de Nivel 2

Para una apelación de Nivel 2, usted le pide a la QIO que analice de nuevo la decisión que se tomó en su apelación de Nivel 1. Llame al 1-866-815-5440 (TTY: 1-866-868-2289).

Debe pedir esta revisión en un plazo **de 60 días** calendario después del día en que la QIO **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión **solo** si sigue recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Revisarán de nuevo toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su apelación de Nivel 2 en el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le reembolsamos los costos de la atención que obtuvo a partir de la fecha en la que le informamos que su cobertura finalizaría.
- Brindaremos cobertura por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de cancelar su atención y no la modificarán.
- Le dan una carta en la que se le indica qué puede hacer si quiere continuar el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado mediador gestiona las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

14. Presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Como se explica en la **Sección I2**, debe actuar rápido y comunicarse con la QIO y comenzar su apelación de Nivel 1. Si se vence el plazo, puede utilizar un proceso de “apelación alternativa”.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

inferior de la página y pídanos una “revisión rápida”.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

- Analizamos toda la información sobre su caso.
- Comprobamos que la primera decisión fue justa y siguió las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura de sus servicios.
- Usamos plazos rápidos en lugar de plazos estándares y le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas de cuando solicitó una revisión rápida.

Si **aceptamos** su apelación rápida, ocurrirá lo siguiente:

- Aceptamos que necesita servicios más prolongados.
- Le brindaremos los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.
- Aceptamos reembolsarle los costos de la atención que obtuvo a partir de la fecha en la que le informamos que su cobertura finalizaría.

Si **rechazamos** su apelación rápida:

- Nuestra cobertura para estos servicios finaliza en la fecha que le indicamos.
- No pagaremos ninguno de los costos después de esa fecha.
- Usted paga el costo total de estos servicios si sigue recibéndolos después de la fecha en la que le indicamos que finalizaría nuestra cobertura.
- Le enviamos su apelación a la IRO para asegurarnos de haber seguido todas las normas. Al hacer esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelaciones de Nivel 2.

15. Presentar una apelación alternativa de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2:

- Le enviamos la información para su apelación de Nivel 2 a la IRO en un plazo de 24 horas después de rechazar su apelación de Nivel 1. Lo hacemos automáticamente. No es necesario que haga nada.
- Si cree que no cumplimos este plazo, o cualquier otro plazo, puede presentar un reclamo. Consulte la **Sección K** para obtener información sobre cómo presentar reclamos.
- La IRO hace una “revisión rápida” de su apelación. Analizarán cuidadosamente toda la información sobre su alta del hospital y, por lo general, le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

Si la IRO **acepta** su apelación:

- Le reembolsamos los costos de la atención que obtuvo a partir de la fecha en la que le informamos que su cobertura finalizaría.
- Le brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la IRO **rechaza** su apelación:



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

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

- Están de acuerdo con nuestra decisión de cancelar su atención y no la modificarán.
- Le dan una carta en la que se le indica qué puede hacer si quiere continuar el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado mediador gestiona las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Pasos a seguir para los servicios y productos de Medicare

Si presenta una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 para servicios o productos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o producto de Medicare apelado no cumple con un monto mínimo en dólares, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, puede continuar el proceso de apelaciones. La carta que recibe de la IRO para su apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

El Nivel 3 de apelación

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado mediador **acepta** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o del abogado mediador.
 - Si el ALJ o el abogado mediador **rechaza** su apelación, el proceso de apelaciones puede no concluir.
- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones concluye.
- Si decide **no aceptar** la decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar en el Nivel 5.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo **rechaza** o deniega nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede no concluir.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones concluye.
- Si decide **no aceptar** la decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación y toda la información, y decidirá **si** le corresponde o **no**. Esta es la decisión final. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal federal de distrito.

J2. Apelaciones adicionales de NJ FamilyCare

También puede tener otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o productos que NJ FamilyCare suele cubrir. La carta que recibe de la oficina de Audiencias Imparciales le indicará qué hacer si desea continuar el proceso de apelaciones.

J3. Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. La respuesta por escrito que usted recibe para su apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Nivel 3 de apelación

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un juez administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado mediador **acepta** su apelación:

- El proceso de apelaciones concluye.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la resolución.

Si el ALJ o el abogado mediador **rechaza** su apelación, el proceso de apelaciones puede no concluir.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

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

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones concluye.
- Si decide **no aceptar** la decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación, ocurrirá lo siguiente:

- El proceso de apelaciones concluye.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la resolución.

Si el Consejo **rechaza** su apelación, el proceso de apelaciones puede no concluir.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones concluye.
- Si decide **no aceptar** la decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación y toda la información, y decidirá **si** le corresponde o **no**. Esta es la decisión final. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal federal de distrito.

K. Cómo presentar un reclamo

K1. Qué tipos de problemas deben ser reclamos

El proceso de reclamos se aplica a ciertos tipos de problemas únicamente, como los problemas relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none">• Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • Un proveedor de atención médica o el personal fue descortés o le faltó el respeto. • Nuestro personal lo trató mal. • Usted cree que lo están expulsando de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	<ul style="list-style-type: none"> • No puede acceder físicamente a los servicios y centros de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para las personas que no hablan inglés (por ejemplo, Lengua de Señas Americana o español). • Su proveedor no le da otras adaptaciones razonables que necesite y pida.
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla. • Los médicos, los farmacéuticos u otros profesionales de salud, o los miembros del Departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan le hacen esperar demasiado tiempo.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que no le hemos dado un aviso o una carta que debería haber recibido. • Cree que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

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

Puntualidad de las decisiones de cobertura o las apelaciones

- Cree que no cumplimos nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
- Cree que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos los plazos para aprobar o brindarle el servicio, o para reembolsarle ciertos servicios médicos.
- No cree que le enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Hay distintos tipos de reclamos. Puede presentar un reclamo interno o un reclamo externo. Usted presenta un reclamo interno y nuestro plan lo revisa. Usted presenta un reclamo externo y una organización no asociada a nuestro plan lo revisa. Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno o externo, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711).

El término legal para un “reclamo” es **“queja”**.

El término legal para “presentar un reclamo” es **“interponer una queja”**.

K2. Reclamos internos

Para presentar un reclamo interno, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711). Puede presentar un reclamo en cualquier momento, a menos que sea sobre un medicamento de la Parte D de Medicare. Si el reclamo es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarlo **en un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.

- Si hay algo más que necesite hacer, se lo indicará el Departamento de Servicios para Miembros.
- También puede presentar su reclamo y enviárnoslo. Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- Para presentar una queja (reclamo) por escrito, envíenosla por escrito a
Appeals and Greivances
PO Box 818070
Cleveland, OH 44181
 - Asegúrese de proporcionar toda la información pertinente, incluido cualquier documento de respaldo que considere apropiado.
 - Su caso será investigado por un miembro de nuestro equipo de reclamos. Si presenta su reclamo de forma verbal o escrita, le informaremos el resultado de nuestra revisión por escrito. Nuestro aviso incluirá una descripción de cómo comprendemos su reclamo y nuestra resolución en términos claros.
 - Debemos abordar su reclamo con tanta rapidez como su caso requiera en función de su estado de salud, pero no más de 30 días calendario después de recibir su reclamo. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario si justificamos que la necesidad de información adicional y la demora son lo más conveniente para usted.
 - También tendrá derecho a solicitar una queja “acelerada” rápida. Una queja “acelerada” es un tipo de reclamo que se debe resolver dentro de las 24 horas desde que se comunica con nosotros. Tiene derecho a solicitar una queja “acelerada” rápida si no está de acuerdo con lo



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

siguiente:

- Nuestra intención de tomar una extensión de 14 días calendario para realizar una determinación de cobertura/de la organización o una reconsideración/redeterminación (apelación).
- Nuestra denegación de su solicitud de acelerar una determinación o reconsideración (apelación) de la organización para servicios de salud.
- Nuestra denegación de su solicitud para acelerar una determinación o redeterminación (apelación) de la cobertura de un medicamento con receta.

El término legal para “reclamo rápido” es “**queja acelerada**”.

De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de los reclamos dentro de los 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en el plazo de 30 días calendario porque necesitamos más información, le notificaremos por escrito. También proporcionamos una actualización de estado y un tiempo estimado para que obtenga la respuesta.
- Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le otorgamos un “reclamo rápido” y le respondemos en un plazo de 24 horas.
- Si presenta un reclamo porque usamos tiempo adicional para tomar una decisión o una apelación de cobertura, automáticamente le otorgamos un “reclamo rápido” y le respondemos en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con la totalidad o parte del reclamo, le comunicaremos esto y le daremos nuestros motivos. Respondemos si aceptamos el reclamo o no.

K3. Reclamos externos

Medicare

Puede informarle a Medicare sobre su reclamo o enviarlo a Medicare. El formulario de reclamo de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. No es necesario que presente un reclamo ante Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) antes de presentar un reclamo ante Medicare.

Medicare toma sus reclamos seriamente y utiliza esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan de salud no está tratando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita. También puede ponerse en contacto con el programa Medicaid del estado para presentar un reclamo llamando a la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS) del Departamento de Servicios Sociales de NJ al 1-800-701-0710 (TTY: 711).

Oficina de Derechos Civiles (OCR)



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

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

Puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) si considera que no ha sido tratado con imparcialidad. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre el acceso a discapacitados o la asistencia lingüística. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede consultar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede ponerse en contacto con la oficina de OCR local en:

Linda Colón, gerente regional
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Jacob Javits Federal Building
26 Federal Plaza - Suite 3312
New York, NY 10278
Centro de respuesta al cliente: 1-800-368-1019
Fax: 1-202-619-3818
TDD: 1-800-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Usted también puede tener derechos en virtud de la Ley estadounidense de Discapacidad (ADA) y en virtud de la Ley para Personas con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a organizaciones que obtienen fondos federales y cualquier otra ley y normas que se aplican por cualquier otro motivo. Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a la discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o en su Oficina de Derechos Civiles local. También puede comunicarse y revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales en <https://www.hhs.gov/ocr/index>. Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

QIO

Cuando su reclamo es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención directamente ante la QIO.
- Puede presentar su reclamo ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta un reclamo ante la QIO, trabajamos con ellos para resolverlo.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de su *Evidencia de cobertura*.

En New Jersey, la QIO se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es 1-866-815-5440 (TTY: 1-866-868-2289).



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

Capítulo 10: La cancelación de su membresía en nuestro plan

Introducción

En este capítulo, se explica cómo puede cancelar su membresía con nuestro plan y las opciones de cobertura de salud después de que deje nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid), siempre y cuando sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Evidencia de cobertura*.

Índice

Capítulo 10 La cancelación de su membresía en nuestro plan

A. ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	172
B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	173
C. Cómo puede obtener servicios de Medicare y NJ FamilyCare por separado	173
C1. Sus servicios de Medicare	173
C2. Sus servicios de NJ FamilyCare	176
D. Sus servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan	176
E. Otras situaciones en las que se cancela su membresía en nuestro plan ...	176
F. Normas en contra de pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud	177
G. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan	177
H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía en el plan	177



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

A. ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía en ciertos momentos del año. Debido a que tiene NJ FamilyCare, es posible que pueda cancelar su membresía con nuestro plan o cambiarse a un plan diferente, una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de inscripción especial**:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Además de estos tres períodos de inscripción especial, es posible que cancele su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período de inscripción anual**, que dura desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que se extiende del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del siguiente mes.

Puede haber otras situaciones en las que es elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- Se muda fuera del área de servicio.
- Su elegibilidad para NJ FamilyCare o Ayuda adicional cambió. ●
- Si se trasladó recientemente a un centro de atención de enfermería, recibe atención allí actualmente o acaba de salir de allí o de un hospital de atención a largo plazo.

Su membresía finaliza el último día del mes que recibimos su solicitud para cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del siguiente mes (el 1 de febrero, en este ejemplo).

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus siguientes opciones:

- Opciones de Medicare en la Tabla de la **Sección C1**.
- Servicios de Medicaid en la **Sección C2**

Puede obtener más información sobre cómo puede cancelar su membresía llamando a:

- Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página. El número que figura para los usuarios de TTY también se detalla.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), al 1-800-792-8820 (TTY: 711).

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP).

cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de su *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiar a Original Medicare. No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer un pedido a nosotros por escrito. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultad para escuchar o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Puede encontrar más información sobre cómo obtener los servicios de Medicare cuando deja nuestro plan en la tabla que figura a continuación en la **Sección C**.

C. Cómo puede obtener servicios de Medicare y NJ FamilyCare por separado

Tiene opciones sobre cómo recibir los servicios de Medicare y Medicaid si decide dejar de estar en nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare que se detallan a continuación. Si selecciona una de estas opciones, automáticamente cancela su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiar a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	<p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para hacer consultas sobre el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información, haga lo siguiente:</p>



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 10 La cancelación de su membresía en nuestro plan

	<ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), al 1-800-792-8820 (TTY: 711). <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo.</p> <p>Si cancela su inscripción en este plan y toma alguna de las decisiones indicadas en la tabla, se lo inscribirá en nuestro plan afiliado NJ FamilyCare plan, Aetna Better Health of New Jersey para sus beneficios de NJ FamilyCare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes. Esto sucederá automáticamente, a menos que haya elegido inscribirse en otro plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) o si elige un plan NJ FamilyCare diferente por voluntad propia. Si desea seleccionar un plan diferente de NJ FamilyCare, puede llamar a NJ FamilyCare al 1-800-701-0710 (TTY: 711).</p>
--	--

<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información, haga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al 1-800-792-8820 (TTY: 711). <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura</p>
---	--



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 10 La cancelación de su membresía en nuestro plan

en Original Medicare.

Si cancela su inscripción en este plan y toma alguna de las decisiones indicadas en la tabla, se lo inscribirá en nuestro plan afiliado NJ FamilyCare plan, Aetna Better Health of New Jersey para sus beneficios de NJ FamilyCare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes. Esto sucederá automáticamente, a menos que haya elegido inscribirse en otro plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) o si elige un plan NJ FamilyCare diferente por voluntad propia. Si desea seleccionar un plan diferente de NJ FamilyCare, puede llamar a NJ FamilyCare al 1-800-701-0710 (TTY: 711).

3. Puede cambiar a:

Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado

NOTA: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no desea hacerlo.

Solo debe dejar la cobertura para medicamentos con receta si tiene cobertura para medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al 1-800-792-8820 (TTY: 711), de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) local en su área, visite state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/index.html

Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita ayuda o más información, haga lo siguiente:

- Llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), al 1-800-792-8820 (TTY: 711).

Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Si cancela su inscripción en este plan y toma alguna de las decisiones indicadas en la tabla, se lo inscribirá en nuestro plan afiliado NJ FamilyCare plan, Aetna Better Health of New Jersey para sus beneficios de NJ FamilyCare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes. Esto sucederá automáticamente, a menos que haya elegido inscribirse en otro plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) o si elige un plan NJ FamilyCare diferente por voluntad propia. Si desea seleccionar un plan diferente de NJ FamilyCare, puede llamar a NJ FamilyCare al 1-800-701-0710 (TTY: 711).



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

C2. Sus servicios de NJ FamilyCare

Si cancela su inscripción en este plan y toma alguna de las decisiones indicadas en la tabla, se lo inscribirá en nuestro plan afiliado NJ FamilyCare plan, Aetna Better Health of New Jersey para sus beneficios de NJ FamilyCare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes. Esto sucederá automáticamente, a menos que haya elegido inscribirse en otro plan de D-SNP o si elige un plan NJ FamilyCare diferente por voluntad propia. Si desea seleccionar un plan diferente de NJ FamilyCare, puede llamar a NJ FamilyCare al 1-800-701-0710 (TTY: 711).

D. Sus servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si deja nuestro plan, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía finalice y su nueva cobertura de Medicare y Medicaid comience. Durante este tiempo, sigue recibiendo sus medicamentos con receta y su atención médica a través de nuestro plan hasta que comience el nuevo plan.

- Use nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
 - Use nuestras farmacias de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.
 - Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta. Esto sucederá incluso si comienza su nueva cobertura médica antes de que le den el alta.
-

E. Otras situaciones en las que se cancela su membresía en nuestro plan

Estos son casos en los que debemos cancelar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
 - Si ya no reúne los requisitos para Medicaid. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid.
 - Nuestro plan seguirá cubriendo sus beneficios de Medicare durante un período de gracia de tres meses como máximo si pierde su elegibilidad para Medicaid. Este período de gracia comienza el primer día del mes después de enterarnos de su pérdida de elegibilidad y de comunicárselo. Si, al término del período de gracia de tres meses, usted no recuperó Medicaid y no se inscribió en un plan diferente, cancelaremos su inscripción en nuestro plan y se lo volverá a inscribir en Original Medicare.
 - Si se muda fuera del área de servicio.
 - Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si al lugar que se muda o al que viaja está dentro del área de servicio de nuestro plan.
 - Si va a la cárcel o a la prisión por un delito penal.
 - Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga para medicamentos con receta.
 - Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o residente legal de los Estados Unidos para ser
-



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

miembro de nuestro plan.

- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notificarán si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
- Debemos cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

Si se encuentra dentro del período de tres meses de elegibilidad considerada continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, es posible que los beneficios que sean solo de Medicaid no estén cubiertos por nuestro plan. Para saber si un beneficio es únicamente de Medicaid o para saber si estará cubierto, puede llamar a Aetna Better Health of New Jersey al 1-844-362-0934 (TTY: 711). Todos los servicios de Medicare, incluidos los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, seguirán estando cubiertos con un costo compartido de \$0 (sin copagos, coseguros ni deducibles) durante el período de elegibilidad considerada continua.

Podemos hacerle dejar nuestro plan por las siguientes razones solo si recibimos permiso de Medicare y Medicaid primero:

- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica. (Medicare puede pedirle al Inspector general que investigue su caso si cancelamos su membresía por esta razón).

F. Normas en contra de pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud

No podemos pedirle que cancele su inscripción en nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

G. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de su *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía en el plan



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

EVIDENCIA DE COBERTURA de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Capítulo 10 La cancelación de su membresía en nuestro plan

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre la cancelación de su membresía, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Evidencia de cobertura*.

Índice

Capítulo 11 Avisos legales

A. Aviso sobre leyes	180
B. Aviso sobre no discriminación	180
C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y NJ FamilyCare como pagador de última instancia	180



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 11 Avisos legales

A. Aviso sobre leyes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades incluso si no están incluidas ni explicadas en la *Evidencia de cobertura*. Las leyes principales que se aplican son las leyes federales sobre los programas de Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid). También se pueden aplicar otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

No discriminamos ni lo tratamos de manera diferente por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación de Edad de 1975, los americanos con discapacidad, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen fondos federales, y cualquier otra ley y normas que se apliquen por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a la discriminación o la falta de imparcialidad, como los siguientes:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
 - Llame a su Oficina de Derechos Civiles local. Puede comunicarse con la División de Derechos Civiles de Nueva Jersey llamando al 1-833-653-2748 (TTY: 711), y puede obtener información sobre cómo presentar un reclamo en línea en <https://www.njoag.gov/about/divisions-and-offices/division-on-civil-rights-home/division-on-civil-rights-file-a-complaint/>.
 - Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.
-

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y NJ FamilyCare como pagador de última instancia

A veces, alguien debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si tiene un accidente de automóvil o si sufre una lesión en el trabajo, el seguro o la compensación laboral debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y reglamentos federales y estatales relacionados con la responsabilidad legal de terceros por servicios de atención médica a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP.

asegurarnos de que NJ FamilyCare sea el pagador de última instancia.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos clave que se utilizan en toda su *Evidencia de cobertura* con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no encuentra un término que está buscando o si necesita información adicional sobre una definición, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al teléfono que figura al pie de esta página.

Actividades de la vida diaria (ADL): Las cosas que hacen las personas durante un día normal, como alimentarse, usar el baño, vestirse, bañarse o cepillarse dientes.

Administrador de atención: Una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que obtenga el cuidado que necesita.

Apelación: Una forma de cuestionar nuestra acción si considera que cometimos un error. Nos puede solicitar que cambiemos una decisión de cobertura a través de una apelación. El **Capítulo 9** de su *Evidencia de cobertura* explica las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

Área de servicio: Es un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Solo las personas que residen en el área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Atención de emergencia: Los servicios cubiertos brindados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Atención de urgencia: Atención que recibe por una enfermedad, una lesión o una afección repentina que no es de emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Puede obtener atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no puede recibirlos.

Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en un centro de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que un enfermero certificado o un médico pueden administrar.

Audiencia imparcial del estado: Si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medicaid que no aprobaremos, o no continuaremos pagando un servicio de Medicaid que ya tiene, puede solicitar una audiencia imparcial del estado. Si la audiencia imparcial del estado se decide a su favor, debemos darle el servicio que solicitó.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Autorización previa (PA): Una aprobación que debe obtener de nosotros antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específico, o usar un proveedor fuera de la red. Nuestro plan puede no cubrir el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra PA.

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de su *Evidencia de cobertura*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene PA de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Auxiliar de atención médica a domicilio: Una persona que brinda servicios que no necesita las habilidades de un enfermero o terapeuta certificado, como ayuda con la atención personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios recetados). Los auxiliares de atención médica en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen tratamiento.

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

Cancelación de la inscripción: El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Capacitación en competencia cultural: La capacitación que proporciona instrucciones adicionales para nuestros proveedores de atención médica que les ayuda a comprender mejor su trasfondo, valores y creencias para adaptar los servicios y satisfacer sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

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

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Brinda una variedad de servicios, como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro que brinda cirugía para pacientes externos a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no esperan necesitar más de 24 horas de atención.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. El **Capítulo 2** de su *Evidencia de cobertura* explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo): Un consejo que revisa una apelación de Nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre los medicamentos y servicios cubiertos. El **Capítulo 9** de su *Evidencia de cobertura* explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Defensor del pueblo: Una oficina en su estado que funciona como abogado en su nombre. Allí le pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y pueden ayudarlo a comprender lo que debe hacer. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de su *Evidencia de cobertura*.

Departamento de Servicios para Miembros: Un departamento de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas y las apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre el Departamento de Servicios para Miembros.

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o alguno de nuestros proveedores, tomamos una decisión sobre si los servicios están cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. El **Capítulo 9** de su *Evidencia de cobertura* explica las decisiones de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos: Dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: Una emergencia médica cuando usted o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que presenta síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal (y si es una mujer embarazada, pérdida de un niño no nacido). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente.

Equipo de atención interdisciplinario (ICT o equipo de atención): El equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de salud que estén allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayuda a hacer un plan de atención.

Equipo de atención: Consulte “Equipo de Atención Interdisciplinario”.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Equipo médico duradero (DME): Ciertos productos que su médico pide para usar en su propio hogar. Los ejemplos de estos productos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

Especialista: Un médico que brinda atención médica en caso de enfermedad específica o de una parte del cuerpo en particular.

Evaluación de riesgo de salud (HRA): Una revisión de su historia clínica y afección actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Evidencia de cobertura e información sobre divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, o cláusulas adicionales, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones.

Facturación incorrecta o inadecuada: Una situación cuando un proveedor (un médico o el hospital) le factura por los servicios. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no comprenda.

Como pagamos el costo total de su servicio, usted no debe ningún costo compartido. Los proveedores **no** deben facturar nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Una farmacia (tienda de medicamentos) que acordó surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque acordaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus medicamentos con receta solo cuando se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Es un portal o aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar una información completa, correcta, oportunamente apropiada, clínicamente apropiada, específica de los inscritos y la información sobre beneficios. Esto incluye medicamentos alternativos que pueden utilizarse para la misma afección que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Hogar o centro de convalecencia: Un lugar que brinda atención a las personas que no pueden recibir su atención en el hogar, pero no necesitan estar en el hospital.

Hospicio: Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir de forma cómoda. Un pronóstico terminal significa que una persona ha estado médicamente certificada como enfermedad terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Un inscrito que tenga un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un hospicio.
- Un equipo especialmente formado por profesionales y cuidadores proporcionan atención para toda la persona, incluyendo necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Debemos proporcionarle una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.

Hospitalización: Un término utilizado cuando es ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es ingresado formalmente, puede ser considerado un paciente externo en lugar de un paciente internado, incluso si permanece durante la noche.

Información personal de salud (también denominada información de salud protegida) (PHI): Información acerca de usted y su salud, como su nombre, dirección, número del Seguro Social, consultas a médicos e historia clínica. Consulte nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, utilizamos y divulgamos su PHI, y sus derechos con respecto a la PHI.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): Un beneficio mensual que el Seguro Social les paga a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, están ciegas o tienen 65 años y más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Inscrito en Medicare y Medicaid: Una persona que reúne los requisitos para recibir la cobertura de Medicare y Medicaid. Un inscrito en Medicare y MediCaid también se denomina “persona con doble elegibilidad”.

Juez administrativo: Un juez que revisa una apelación de Nivel 3.

Límites de cantidades: Un límite sobre la cantidad de un medicamento que puede obtener. Podemos limitar la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos con receta y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos 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, en ocasiones, se denomina “formulario”.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Manejo del tratamiento farmacológico (MTM): Un grupo distinguido de servicios o grupo de servicios prestados por proveedores de atención médica, incluidos los farmacéuticos, para asegurar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Consulte el **Capítulo 5** de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información.

Medicaid (o Asistencia médica): Un programa administrado por el gobierno federal y el estado, que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos médicos a largo plazo, y los costos médicos.

- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario: Escribe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ir a un hospital o centro de atención de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamentos cubiertos: El término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso específicamente excluye ciertas categorías de medicamentos de la cobertura según la Parte D de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de marca: Un medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía que originariamente realizó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas del medicamento. Los medicamentos genéricos, por lo general, son fabricados y vendidos por otras compañías de medicamentos.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre son medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un profesional de salud.

Medicamentos genéricos: Un medicamento con receta aprobado por el gobierno federal para utilizar en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Generalmente, es más barato y funciona igual de bien que el medicamento de marca.

Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA”, que ofrece planes MA a través de empresas privadas. Medicare les paga a estas empresas para cubrir los beneficios de Medicare.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Medicare: Medicare: El programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de cuidado administrado (consulte “Plan de salud”).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona con Medicare y Medicaid que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

NJ FamilyCare: Este es el nombre del programa Medicaid de New Jersey. El NJ FamilyCare es administrado por el estado y lo paga el gobierno federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo, y los costos médicos.

Organización de revisión independiente (IRO): Una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de Nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de revisión independiente**.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de su *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre la QIO.

Original Medicare (Medicare tradicional o pago por servicio de Medicare): El gobierno ofrece Original Medicare. En Original Medicare, los servicios están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos que el Congreso determina.

- Puede usar cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B de Medicare (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención médicamente necesaria de hospitales, de centros de atención de enfermería especializada, a domicilio y de hospicio.

Parte A: Consulte “Parte A de Medicare”.

Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y consultas con los médicos) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o una afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Parte B: Consulte “Parte B de Medicare”.

Parte C de Medicare: El programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA” que permite a las compañías de seguros de salud privadas brindar los beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Parte C: Consulte “Parte C de Medicare”.

Parte D de Medicare: El programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. Nosotros llamamos a este programa “Parte D” para abreviarlo. La Parte D de Medicare cubre medicamentos con receta para pacientes externos, vacunas y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare, ni Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Parte D: Consulte “Parte D de Medicare”.

Plan de atención individualizada (ICP o plan de atención): Un plan sobre los servicios que recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo.

Plan de atención: Consulte el “Plan de atención individualizada”.

Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): Plan de salud que brinda atención médica a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo, y otros proveedores. También tiene administradores de atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionar el cuidado que necesita.

Programa de administración de medicamentos (DMP): Un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos que, con frecuencia, se usan de manera indebida.

Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP): Un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida.

Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE): Un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid juntos para las personas de 55 años y más que necesitan un nivel de atención más alto para vivir en el hogar.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP): Un programa estructurado de cambio conductual de la salud que proporciona capacitación en cambios alimenticios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar desafíos con el fin de sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor que usted utiliza primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que tenga el cuidado que necesita para mantenerse saludable.

- También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe usar su proveedor de atención primaria antes de usar otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de su *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Proveedor de la 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 brindan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptar nuestro pago y no cobrarles a los miembros un monto adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que nuestro plan no emplea ni opera, ni es de su propiedad, y que no ha celebrado un contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3** de su *Evidencia de cobertura* explica los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: Un reclamo que usted presenta sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de la atención o la calidad del servicio brindado por su plan de salud.

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

Remisión: Una remisión es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) para usar un proveedor que no sea su PCP. Puede encontrar más información sobre las remisiones en los **Capítulos 3 y 4** de su *Evidencia de cobertura*.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP).

Salud conductual: Un término integral que se refiere a trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: El término general que usamos para referirnos a todos los servicios de atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los medicamentos con receta y medicamentos de venta libre, los equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Consulte el **Capítulo 4** de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud

Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS): Los servicios y apoyos administrados a largo plazo ayudan a mejorar una afección a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un centro de atención de enfermería o a un hospital. Los MLTSS incluyen servicios basados en la comunidad y centros de atención de enfermería (NF).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: Una norma de cobertura que exige que pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que pide.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://www.aetna.com/NJDSNP).

Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. Para conseguir un intérprete, llámenos al 1-844-362-0934. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-362-0934. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-362-0934。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-362-0934。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-362-0934. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-362-0934. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-362-0934. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-362-0934. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-362-0934. 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-362-0934. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-362-0934. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-362-0934 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-362-0934. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-362-0934. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-362-0934. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-362-0934. Ta usługa jest bezpłatna.







Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-362-0934にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-844-362-0934. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'Ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.

Y0001_NR_30475b_2023_C

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
LLAME AL 	1-844-362-0934 (TTY: 711) Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY 	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX 	1-855-259-2087
ESCRIBA A 	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
SITIO WEB 	Ingrese en AetnaMedicare.com/NJDSNP o escanee este código con su teléfono inteligente para visitar nuestro sitio web. 

Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)

SHIP es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare. La información de contacto del SHIP de su estado es la siguiente:

LLAME AL	1-800-792-8820 de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 04:30 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	NJ State Health Insurance Assistance Program, PO Box 807, Trenton, NJ 08625
SITIO WEB	state.nj.us/humanservices/doas/services/ship

Declaración sobre divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para

esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.