



# Manual para miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

Desde el 1 de enero de 2027 hasta el 31 de diciembre de 2027

## Su cobertura de salud y para medicamentos de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

### Introducción al *Manual para miembros*

Este *Manual para miembros*, también conocido como *Evidencia de cobertura*, le informa sobre la cobertura de nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2027. Explica los servicios médicos, los servicios de salud conductual (tratamientos de salud mental y trastornos por consumo de sustancias), cobertura para medicamentos, y los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual para miembros*.

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

Cuando este *Manual para miembros* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro plan”, hace referencia a Aetna Medicare FIDE (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 Medicare FIDE (HMO D-SNP) quiere asegurarse de que comprende la información de su 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 inferior 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 hablar con un intérprete, llámenos al

**1-866-600-2139 (TTY: 711)**. Alguien que habla español podrá ayudarle. Este es un servicio gratuito.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: 5/31/2029)



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139 (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

H9771\_001\_DS18a\_EOC2027\_SP\_C

## Notice of Availability (NOA)

### TTY: 711

To access language services at no cost to you, call the number on your ID card. (English)

(Arabic) صول على خدمات اللغة مجاناً، اتصل بالرقم الموجود على بطاقة العضوية الخاصة بك.

如欲使用免費語言服務，請致電您 ID 卡上的電話號碼。 (Chinese)

Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, appelez le numéro figurant sur votre carte d'identité. (French)

Um kostenlos auf Sprachdienste zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrem Ausweis an. (German)

Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό που αναγράφεται στην κάρτα σας προνομίων μέλους. (Griego)

તમારે કોઈ જાતના ખર્ચ વિના ભાષાની સેવાઓની પહોંચ માટે, તમારા આઈડી કાર્ડ ઉપરના નંબરને કોલ કરો. (Gujarati)

आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिये नम्बर पर कॉल करें। (Hindi)

Per accedere gratuitamente ai servizi linguistici, chiama il numero riportato sul tuo tesserino identificativo. (Italian)

무료로 언어 서비스를 이용하려면 ID 카드에 적힌 전화번호로 전화하세요. (Korean)

Aby uzyskać bezpłatny dostęp do usług językowych, zadzwoń pod numer podany na karcie ID. (Polish)

Чтобы получить бесплатные языковые услуги, позвоните по номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте. (Russian)

Para acceder a servicios de idiomas sin costo alguno, llame al número que figura en su tarjeta de identificación. (Spanish)

Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kang babayaran, tawagan ang numero sa iyong ID card. (Tagalog)

(Urdu) بلا قیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے، اپنے شناختی کارڈ پر درج نمبر پر بات کریں

Để truy cập dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, hãy gọi đến số điện thoại trên thẻ ID của quý vị. (Vietnamese)

H9771\_2025\_V1



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

## **MANUAL PARA MIEMBROS DE 2027**

### **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.**

|                     |                                                                                                                             |            |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Capítulo 1:</b>  | <b>Primeros pasos como miembro</b>                                                                                          | <b>5</b>   |
| <b>Capítulo 2:</b>  | <b>Números de teléfono y recursos importantes</b>                                                                           | <b>15</b>  |
| <b>Capítulo 3:</b>  | <b>Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos</b>                  | <b>28</b>  |
| <b>Capítulo 4:</b>  | <b>Tabla de beneficios</b>                                                                                                  | <b>45</b>  |
| <b>Capítulo 5:</b>  | <b>Cómo obtener sus medicamentos para pacientes externos</b>                                                                | <b>178</b> |
| <b>Capítulo 6:</b>  | <b>Lo que usted paga por los medicamentos de Medicare y Medicaid de Illinois</b>                                            | <b>198</b> |
| <b>Capítulo 7:</b>  | <b>Cómo solicitarnos que paguemos una parte de una factura que usted recibió por los servicios o medicamentos cubiertos</b> | <b>213</b> |
| <b>Capítulo 8:</b>  | <b>Sus derechos y responsabilidades</b>                                                                                     | <b>218</b> |
| <b>Capítulo 9:</b>  | <b>Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)</b>                    | <b>229</b> |
| <b>Capítulo 10:</b> | <b>La cancelación de su membresía en nuestro plan</b>                                                                       | <b>267</b> |
| <b>Capítulo 11:</b> | <b>Avisos legales</b>                                                                                                       | <b>278</b> |
| <b>Capítulo 12:</b> | <b>Definiciones de palabras importantes</b>                                                                                 | <b>282</b> |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP)**.

## Descargos de responsabilidad

- Los beneficios o copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2028.
- Nuestros medicamentos cubiertos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP)**.

# Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

---

## Introducción

Este capítulo incluye información sobre Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), un plan de salud que cubre o coordina todos sus servicios de Medicare y Medicaid de Illinois 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 este *Manual para miembros*.

## Índice

### **Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

|                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>A. Bienvenido a nuestro plan</b>                                                | <b>6</b>  |
| <b>B. Información sobre Medicare y Medicaid de Illinois</b>                        | <b>6</b>  |
| B1. Medicare                                                                       | 6         |
| B2. Medicaid de Illinois                                                           | 6         |
| <b>C. Ventajas de nuestro plan</b>                                                 | <b>6</b>  |
| <b>D. Área de servicio de nuestro plan</b>                                         | <b>7</b>  |
| <b>E. ¿Cuáles son las calificaciones para ser elegible y ser miembro del plan?</b> | <b>7</b>  |
| <b>F. Lo que debe esperar cuando se une a nuestro plan de salud</b>                | <b>9</b>  |
| <b>G. Su equipo de atención y plan de atención</b>                                 | <b>9</b>  |
| G1. Equipo de atención                                                             | 9         |
| G2. Plan de atención                                                               | 9         |
| <b>H. Resumen de costos importantes</b>                                            | <b>10</b> |
| H1. Monto del Plan de pago de recetas de Medicare                                  | 10        |
| <b>I. Este <i>Manual para miembros</i></b>                                         | <b>11</b> |
| <b>J. Otra información importante que obtiene de nosotros</b>                      | <b>11</b> |
| J1. Su tarjeta de identificación de miembro                                        | 11        |
| J2. Directorio de proveedores y farmacias                                          | 12        |
| J3. Lista de medicamentos cubiertos                                                | 13        |
| J4. La Explicación de beneficios                                                   | 13        |
| <b>K. Mantenga actualizado su registro de miembro</b>                              | <b>13</b> |
| K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)                           | 14        |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## **A. Bienvenido a nuestro plan**

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y Medicaid de Illinois a personas que son elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También tenemos coordinadores 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 Medicaid de Illinois**

### **B1. Medicare**

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

- 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. Medicaid de Illinois**

Medicaid de Illinois es el nombre del programa Medicaid de Illinois. Medicaid de Illinois es administrado por el estado y lo paga el gobierno federal. Medicaid de Illinois ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y los gastos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Cada estado decide lo siguiente:

- 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 Illinois aprobaron nuestro plan. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Medicaid de Illinois a través de nuestro plan, siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- decidamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el estado de Illinois nos permitan continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medicaid de Illinois no se verá afectada.

---

## **C. Ventajas de nuestro plan**

---



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medicaid de Illinois de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **No debe pagar un monto adicional para inscribirse en este plan de salud.**

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 coordinador 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 coordinador de atención.
- Su equipo de atención y el coordinador 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 de **Illinois**: Adams, Alexander, Bond, Boone, Brown, Bureau, Calhoun, Carroll, Cass, Champaign, Christian, Clark, Clay, Clinton, Coles, Cook, Crawford, Cumberland, De Witt, DeKalb, Douglas, DuPage, Edgar, Edwards, Effingham, Fayette, Ford, Franklin, Fulton, Gallatin, Greene, Grundy, Hamilton, Hancock, Hardin, Henderson, Henry, Iroquois, Jackson, Jasper, Jefferson, Jersey, Jo Daviess, Johnson, Kane, Kankakee, Kendall, Knox, La Salle, Lake, Lawrence, Lee, Livingston, Logan, Macon, Macoupin, Madison, Marion, Marshall, Mason, Massac, McDonough, McHenry, McLean, Menard, Mercer, Monroe, Montgomery, Morgan, Moultrie, Ogle, Peoria, Perry, Piatt, Pike, Pope, Pulaski, Putnam, Randolph, Richland, Rock Island, Saline, Sangamon, Schuyler, Scott, Shelby, St. Clair, Stark, Stephenson, Tazewell, Union, Vermilion, Wabash, Warren, Washington, Wayne, White, Whiteside, Will, Williamson, Winnebago, Woodford.

Solo aquellas personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en el plan.

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

---

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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

---

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 nacional de los Estados Unidos o un no ciudadano elegible, **y**
- actualmente es elegible para Medicaid de Illinois, **y**
- está recibiendo todos los beneficios de Medicaid de Illinois.

También es elegible si cumple con todos los demás criterios de D-SNP anteriores y con lo siguiente:

- Se encuentra entre una de las siguientes exenciones 1915(c) de Medicaid:
  - Personas de edad avanzada;
  - Personas con discapacidades;
  - Personas con VIH/SIDA;
  - Personas con una lesión cerebral; **o**
  - Personas que residan en centros de vida asistida.
- Tiene enfermedad renal terminal (ESRD) en el momento de la inscripción.

Si pierde la elegibilidad para Medicaid de Illinois, pero se espera que la recupere en un plazo de seis meses, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Cuando finalice su cobertura de Medicaid de Illinois, no pagaremos sus beneficios de Medicaid de Illinois. No seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que estén incluidos en el plan estatal de Medicaid de Illinois, ni pagaremos las primas o el costo compartido de Medicare de los que, de otra manera, el estado sería responsable si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este periodo. Para obtener más información, comuníquese con su coordinador de atención o con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al número de teléfono que figura en la parte inferior de esta página. Ponerse en contacto con la Línea de ayuda para clientes del Departamento de Servicios Humanos para obtener información sobre su elegibilidad para Medicaid de Illinois. Consulte el **Capítulo 2** para obtener los números de teléfono de la Línea de ayuda para clientes del Departamento de Servicios Humanos de Illinois y otros recursos.

Lo ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Medicaid de Illinois. Si se restablece su elegibilidad para Medicaid de Illinois mientras aún está inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de Medicaid de Illinois y su inscripción con nosotros continuará. Solo pagamos la cobertura de Medicaid recibida durante y después de que se restablezcan sus beneficios de Medicaid. Si no puede recuperar la elegibilidad de Medicaid de Illinois en un plazo de seis meses, cancelaremos su inscripción en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Si recupera la elegibilidad de Medicaid de Illinois después de haber cancelado su inscripción, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

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

---



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## **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 después de la inscripción.

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, funcionales, sociales, cognitivas y relacionadas con la salud.

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una visita en persona o una llamada telefónica. Nos pondremos en contacto con usted anualmente para ver si alguna de sus necesidades ha cambiado.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si esta es la primera vez que se inscribe en un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad diferente (D-SNP), puede seguir consultando a sus médicos actuales durante 90 días. Si se cambió a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) de un D-SNP diferente, puede seguir consultando a sus médicos actuales durante 90 días. Hay circunstancias especiales en las que puede consultar a sus médicos durante más tiempo. Llame al coordinador de atención que se le asignó o al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página para obtener más información. Después de que el equipo de atención que se describe en la **Sección G1** se comuniquen con usted, podrán ayudarle a coordinar toda su atención y servicios. Fuera de las circunstancias descritas en este párrafo, deberá usar médicos y otros proveedores de la red de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Para obtener más información sobre cómo obtener atención, consulte el **Capítulo 3**.

---

## **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 coordinador de atención, sus especialistas u otros profesionales de la salud que usted elija.

Un coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarlo a administrar la atención que necesita. Usted recibe un coordinador 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 al número que aparece en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su coordinador 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, de LTSS, sociales relacionadas con la salud y funcionales. Incluye objetivos identificables de tratamiento y servicio a corto y largo plazo para abordar sus necesidades. Incluye



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

preferencias y supervisión con respecto a su progreso y necesidades cambiantes. Incluye sus preferencias personales o culturales, su preferencia de proveedores y cualquier característica favorita, como el género o el idioma; servicios cubiertos y no cubiertos para abordar cada necesidad identificada, siempre y cuando el plan no deba pagar los servicios no cubiertos; medidas e intervenciones necesarias para lograr los objetivos de su plan de atención; seguimiento y evaluación; enfoques colaborativos que se utilizarán; resultados y metas deseados, tanto clínicos como no clínicos; diversos obstáculos; partes responsables; remisiones permanentes; recursos comunitarios; apoyos informales; plazos para completar las medidas; estado de sus metas, visitas domiciliarias según sea necesario y apropiado; acuerdos de planes de respaldo para servicios críticos; planes de seguridad en caso de crisis si tiene una afección de salud conductual; y planes de programas de bienestar.

Su plan de atención incluye lo siguiente:

- 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 informan 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. Resumen de costos importantes**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Monto del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (**Sección H1**).

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda adicional” y el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP). El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Es inscrito automáticamente en el programa de “Ayuda adicional”. Obtenga más información sobre este programa en la **Sección I del Capítulo 2**.

Le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no posee este inserto, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

### **H1. Monto del Plan de pago de recetas de Medicare**

Si está participando en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, recibirá una factura de nuestro plan de salud por sus medicamentos (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que usted debe para cualquier medicamento con receta que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que le quedan al año.

---



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

El **Capítulo 2** le brinda más información sobre el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos que se indican en el **Capítulo 9** para presentar un reclamo o una apelación.

## I. Este Manual para miembros

Este *Manual para miembros* 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 más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* o llame al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**).

Puede solicitar un *Manual para miembros* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual para miembros* 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 2027 hasta el 31 de diciembre de 2027.

## 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 información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Lista de medicamentos o Formulario*.

### J1. Su tarjeta de identificación de miembro

Conforme a nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid de Illinois, incluidos LTSS, ciertos servicios de salud conductual y 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:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)<br/>Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) is a plan that contracts with both Medicare and Illinois Medicaid.</p> <p><b>Member Name:</b> Cardholder Name<br/><b>Member ID:</b> Cardholder ID#<br/><b>Care Manager:</b> 1-866-600-2139 (TTY: 711)<br/><b>PCP Group/Name:</b> PCP/Group Name<br/><b>PCP Phone:</b> PCP Phone<br/><b>Effective Date:</b> X/X/XXXX</p> <p><b>MEMBER CANNOT BE CHARGED</b><br/>Copays: PCP/Specialist: \$0 ER: \$0</p> <p>H9771-001</p> | <p></p> <p></p> <p><b>RxBIN:</b> 610502<br/><b>RxPCN:</b> MEDDAET<br/><b>RxGRP:</b> RXAETD</p> | <p><b>Important Information:</b> In case of emergency, call 911 or go to the nearest emergency room (ER). Prior authorization is not required for emergency services.</p> <p><b>Member Services:</b> 1-866-600-2139 (TTY: 711)<br/><b>24 Hour Nurse Hot Line:</b> 1-866-600-2139 (TTY: 711)<br/><b>Dental/Vision Services:</b> 1-866-600-2139 (TTY: 711)<br/><b>Transportation Services:</b> 1-866-600-2139 (TTY: 711)<br/><b>Behavioral Health:</b> 1-866-600-2139 (TTY: 711)<br/><b>Pharmacy Help Desk:</b> 1-800-238-6279 (TTY: 711)<br/><b>Care Management:</b> 1-866-600-2139 (TTY: 711)<br/><b>Mental Health Crisis:</b> 988<br/><b>Website:</b> AetnaMedicare.com/ILDSNP</p> <p><b>Send claims to:</b> Aetna Medicare FIDE<br/>P.O. Box 982970, El Paso, TX 79998-2970</p> <p><b>Claim Inquiry:</b> 1-866-600-2139 (TTY: 711)</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

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 Medicaid de Illinois para obtener la mayoría de los 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 su tarjeta de identificación de miembro, el proveedor puede facturarle a Medicare en lugar de nuestro plan y usted puede obtener una factura. Es posible que deba presentar su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros* para averiguar qué debe 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.

El *Directorio de proveedores y farmacias* detalla nuestros proveedores de la red, los proveedores de equipo médico duradero y las farmacias de la red. El *Directorio de proveedores y farmacias* en línea detalla la información de todos los proveedores de la red, incluidos nombres, direcciones, números de teléfono, especialidades y calificaciones, estado de certificación de la junta y más. También puede buscar a nuestros proveedores en el sitio web de [HealthGrades.com](https://www.healthgrades.com) para obtener más información, como la escuela de medicina a la que asistió y la finalización de la residencia.

### **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**
  - LTSS, 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.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

- Excepto en caso de una emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de nuestras farmacias de la red si desea que el plan lo ayude a pagarlos.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página para obtener más información. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como 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**

Nuestro plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos *Lista de medicamentos* para abreviarla. En ella, se le explican qué medicamentos cubre nuestro plan. Nuestro plan, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de medicamentos*, a menos que hayan sido retirados y reemplazados como se describe en el **Capítulo 5, Sección E**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).

La *Lista de medicamentos* también indica si hay alguna norma o restricción respecto de los medicamentos, como un límite en la cantidad que puede obtener. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*.

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 de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen que le ayudará a comprender y hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos 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 de la Parte D de Medicare y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos 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, como aumentos en el precio y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Puede hablar con la persona autorizada a emitir recetas sobre estas opciones de menor costo. En el **Capítulo 6** de este *Manual para miembros* encontrará más información sobre la EOB y cómo le sirve para hacer un seguimiento de su cobertura de 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**



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 1. Primeros pasos como 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. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan utilizan su registro de membresía para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos, y los montos de costo compartido. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

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**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No es obligatorio que nos informe sobre un estudio de investigación clínica en el que tenga la intención de participar, pero 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 este *Manual para miembros*.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

# 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 coordinador 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 este *Manual para miembros*.

## Índice

### Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

|                                                                                          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>A. Departamento de Servicios para Miembros</b>                                        | <b>16</b> |
| <b>B. Su coordinador de atención</b>                                                     | <b>17</b> |
| <b>C. Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP de Illinois)</b>          | <b>18</b> |
| <b>D. Organización para la mejora de la calidad (QIO)</b>                                | <b>19</b> |
| <b>E. Medicare</b>                                                                       | <b>19</b> |
| <b>F. Medicaid de Illinois</b>                                                           | <b>20</b> |
| <b>G. Programa del defensor del pueblo de atención en el hogar de Illinois</b>           | <b>21</b> |
| <b>H. Programa del defensor del pueblo de atención a largo plazo de Illinois (LTCOP)</b> | <b>22</b> |
| <b>I. Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos</b>                   | <b>22</b> |
| I1. Ayuda adicional de Medicare                                                          | 22        |
| I2. Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)                           | 23        |
| I3. El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare                               | 24        |
| <b>J. Seguro Social</b>                                                                  | <b>24</b> |
| <b>K. Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)</b>                                    | <b>24</b> |
| <b>L. Otros recursos</b>                                                                 | <b>25</b> |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**A. Departamento de Servicios para Miembros**

|                  |                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME AL</b>  | <b>1-866-600-2139 (TTY: 711)</b> . Esta llamada es gratuita.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.<br>Tenemos servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés. |
| <b>TTY</b>       | <b>711</b> . Esta llamada es gratuita.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.                                                                                                            |
| <b>ESCRIBA A</b> | Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)<br>Aetna Duals COE Member Correspondence<br>PO Box 982980<br>El Paso, TX 79998                                                                                                                        |
| <b>SITIO WEB</b> | <a href="https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP">AetnaMedicare.com/ILDSNP</a>                                                                                                                                                           |

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
    - El monto que pagamos por sus servicios de salud.
  - 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 este *Manual para miembros*.
- 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 este *Manual para miembros* 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 D**).
  - Puede llamarnos y explicar su reclamo al **1-866-600-2139 (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/my/medicare-complaint](https://www.medicare.gov/my/medicare-complaint). 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 su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139 (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos.
  - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:
    - Sus beneficios y medicamentos cubiertos, **o**
    - El monto que pagamos por sus medicamentos.
  - Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D de Medicare, a los medicamentos con receta de Medicaid y a los medicamentos de venta libre de Medicaid.
  - Para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura sobre los medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
- Apelaciones sobre sus medicamentos.
  - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
  - Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
- Reclamos sobre sus medicamentos.
  - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye un reclamo sobre sus medicamentos.
  - Si su reclamo es por una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos, 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/my/medicare-complaint](http://www.medicare.gov/my/medicare-complaint). O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - Para obtener más información acerca de cómo presentar un reclamo sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
- 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 este *Manual para miembros*.
  - Si nos pide que paguemos una factura y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

## B. Su coordinador de atención

Un coordinador de atención es un profesional de la salud que lo ayudará a obtener la atención y los servicios que afectan su salud y bienestar. Se le asigna un coordinador de atención cuando se inscribe en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Su coordinador de atención lo conocerá y trabajará con usted, sus médicos y otros cuidadores para asegurarse de que todo funcione en conjunto para usted. Puede compartir su historia clínica con su coordinador de atención y establecer metas para llevar una vida saludable. Siempre que tenga un problema o una pregunta sobre su salud, los servicios o la atención que recibe de nosotros, puede llamar a su coordinador de atención. **Su coordinador de atención es su “punto de contacto”** que le ayudará con todo lo relacionado con Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).

En Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), nuestro objetivo es satisfacer las necesidades de una forma adecuada para usted. Es por eso que llamamos a nuestro programa “centrado en la persona”. El proceso de planificación centrada en la persona es cuando usted trabaja con su coordinador de atención para crear un plan de atención que se adapte a sus metas, opciones y capacidades. Cuando cree su plan de atención, puede incluir a las personas que considere fundamentales para su éxito, como familiares, amigos o representantes legales.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

|                  |                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME AL</b>  | <b>1-866-600-2139 (TTY: 711)</b> . Esta llamada es gratuita.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.<br>Tenemos servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés. |
| <b>TTY</b>       | <b>711</b> . Esta llamada es gratuita.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.                                                                                                            |
| <b>ESCRIBA A</b> | Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)<br>Aetna Duals COE Member Correspondence<br><br>PO Box 982980<br>El Paso, TX 79998                                                                                                                    |

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

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y de trastornos por consumo de sustancias)
- preguntas sobre el transporte
- preguntas sobre cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (incluida la atención diurna para adultos, la atención personal, los cuidados paliativos y la ayuda para la transición de la comunidad a un centro de atención de enfermería).

## C. Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP de Illinois)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados y ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Illinois, el SHIP se llama Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP de Illinois).

El SHIP es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) 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.

|                           |                                                                                                                             |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME AL</b>           | <b>1-800-252-8966</b><br>De lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. La llamada es gratuita.                           |
| <b>TTY</b>                | <b>711</b> La llamada es gratuita.                                                                                          |
| <b>ESCRIBA A</b>          | Senior Health Insurance Program<br>Department on Aging, One Natural Resources Way, Suite 100, Springfield, IL<br>62702-1271 |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> | <a href="mailto:AGING.SHIP@illinois.gov">AGING.SHIP@illinois.gov</a>                                                        |
| <b>SITIO WEB</b>          | <a href="http://ilaging.illinois.gov/ship">ilaging.illinois.gov/ship</a>                                                    |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139 (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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

Comuníquese con el Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP de Illinois) para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre Medicare
- Los asesores del SHIP no pueden recomendar planes, pero pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarlo a lo siguiente:
  - comprender sus derechos,
  - comprender las opciones del plan,
  - responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan,
  - presentar reclamos sobre su atención médica o tratamiento **y**
  - resolver problemas con las facturas.

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

Nuestro estado tiene una organización llamada Commence Health. 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. Commence Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

|                  |                                                                                        |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME AL</b>  | <b><a href="tel:1-888-524-9900">1-888-524-9900</a></b>                                 |
| <b>TTY</b>       | <b><a href="tel:711">711</a></b>                                                       |
| <b>ESCRIBA A</b> | <b>BFCC-QIO Program</b><br>Commence Health<br>PO Box 2687<br>Virginia Beach, VA 23450  |
| <b>SITIO WEB</b> | <b><a href="https://commencehealthqio.cms.gov/en">commencehealthqio.cms.gov/en</a></b> |

Comuníquese con Commence Health para obtener ayuda con lo siguiente:

- 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, como recibir el medicamento equivocado, recibir pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo,
  - considera que su hospitalización finaliza demasiado pronto, **o**
  - 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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **[1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139)** (TTY: **[711](tel: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/ILDSNP](https://AetnaMedicare.com/ILDSNP)**.

(insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) son la agencia federal a cargo de Medicare. Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME AL</b>     | 1-800-MEDICARE ( <a href="tel:1-800-633-4227">1-800-633-4227</a> )<br>Las llamadas a este número son gratuitas, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>TTY</b>          | <a href="tel:1-877-486-2048">1-877-486-2048</a> . Esta llamada es gratuita.<br>Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Para llamarlo, debe tener un equipo telefónico especial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>CHAT EN VIVO</b> | Puede chatear en vivo en <a href="https://www.medicare.gov/talk-to-someone">Medicare.gov/talk-to-someone</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>ESCRIBA A</b>    | Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>SITIO WEB</b>    | <a href="https://www.medicare.gov">Medicare.gov</a> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluso cuánto cuestan y qué servicios brindan.</li> <li>• Encuentre médicos participantes en Medicare u otros prestadores y proveedores de atención médica.</li> <li>• Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas y consultas anuales de “bienestar”).</li> <li>• Obtenga información y formularios sobre las apelaciones de Medicare.</li> <li>• Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, los hogares de convalecencia, los hospitales, los médicos, las agencias de atención médica a domicilio, los centros de diálisis, los centros de hospicio, los centros de rehabilitación para pacientes internados y los hospitales de atención a largo plazo.</li> <li>• Busque sitios web y números de teléfono útiles.</li> </ul> <p>Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en <a href="https://www.medicare.gov/my/medicare-complaint">www.medicare.gov/my/medicare-complaint</a>. Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.</p> |

## F. Medicaid de Illinois

Medicaid de Illinois ayuda con los costos de servicios y apoyo médicos y a largo plazo a 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 Línea de ayuda para clientes del Departamento de Servicios Humanos de Illinois.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [711](tel:1-866-600-2139)), 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/ILDSNP](https://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

|                           |                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME AL</b>           | <b><a href="tel:1-800-843-6154">1-800-843-6154</a>, <a href="tel:1-866-468-7543">1-866-468-7543</a></b><br>De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Esta llamada es gratuita.                                                         |
| <b>TTY</b>                | <b><a href="tel:711">711</a></b> De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Para llamarlo, debe tener un equipo telefónico especial. |
| <b>ESCRIBA A</b>          | Department of Healthcare and Family Services (HFS), Prescott Bloom Building,<br>201 South Grand Avenue East, Springfield, Illinois 62763                                                                                                      |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> | <b><a href="mailto:DHS.WebBits@illinois.gov">DHS.WebBits@illinois.gov</a></b>                                                                                                                                                                 |
| <b>SITIO WEB</b>          | <b><a href="http://www.dhs.state.il.us/">www.dhs.state.il.us/</a></b>                                                                                                                                                                         |

Cómo comunicarse con la Línea directa de beneficios de salud de Illinois

La Línea directa de beneficios de salud del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias de Illinois proporciona información general sobre los beneficios de Medicaid.

LLAME AL **[1-800-226-0768](tel:1-800-226-0768)** De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 04:30 p. m. La llamada es gratuita.

TTY **[1-877-204-1012](tel:1-877-204-1012)** De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 04:30 p. m. La llamada es gratuita.

SITIO WEB **[hfs.illinois.gov/](http://hfs.illinois.gov/)**

Este es el sitio web oficial de Medicaid. Proporciona información actualizada sobre Medicaid.

## **G. Programa del defensor del pueblo de atención en el hogar de Illinois**

El Programa del defensor del pueblo de atención en el hogar de Illinois 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. El Programa del defensor del pueblo de atención en el hogar de Illinois 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.

|                  |                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME AL</b>  | <b><a href="tel:1-800-252-8966">1-800-252-8966</a></b><br>De lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. La llamada es gratuita.                                                                                                          |
| <b>TTY</b>       | <b><a href="tel:711">711</a></b> De lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Para llamarlo, debe tener un equipo telefónico especial. |
| <b>ESCRIBA A</b> | Home Care Ombudsman Program<br>Illinois Department on Aging, One Natural Resources Way, Suite 100, Springfield, IL<br>62702-1271                                                                                                            |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **[1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139)** (TTY: **[711](tel: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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP)**.

|                           |                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> | <a href="mailto:Aging.HCOProgram@illinois.gov">Aging.HCOProgram@illinois.gov</a>                                                                                                     |
| <b>SITIO WEB</b>          | <a href="http://ilaging.illinois.gov/programs/ltcombudsman/the-home-care-ombudsman-program.html">ilaging.illinois.gov/programs/ltcombudsman/the-home-care-ombudsman-program.html</a> |

## H. Programa del defensor del pueblo de atención a largo plazo de Illinois (LTCOP)

El Programa del defensor del pueblo de atención a largo plazo de Illinois (LTCOP) 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.

El Programa del defensor del pueblo de atención a largo plazo de Illinois (LTCOP) no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud.

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME AL</b>           | <a href="tel:1-800-252-8966">1-800-252-8966</a><br>De lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. La llamada es gratuita.                                                                                                                                |
| <b>TTY</b>                | <a href="tel:1-888-206-1327">1-888-206-1327</a> De lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Para llamarlo, debe tener un equipo telefónico especial. |
| <b>ESCRIBA A</b>          | Long Term Care Ombudsman Program<br>Illinois Department on Aging, One Natural Resources Way, Suite 100, Springfield, IL 62702-1271                                                                                                                         |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> | <a href="mailto:Aging.SLTCOProgram@illinois.gov">Aging.SLTCOProgram@illinois.gov</a>                                                                                                                                                                       |
| <b>SITIO WEB</b>          | <a href="http://ilaging.illinois.gov/programs/ltcombudsman.html">ilaging.illinois.gov/programs/ltcombudsman.html</a>                                                                                                                                       |

## I. Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos

El sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](http://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)) proporciona información sobre cómo disminuir los costos de los medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas que lo ayudan, tal como se describe a continuación.

### II. Ayuda adicional de Medicare

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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [711](tel:1-866-600-2139)), 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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener evidencia de su monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarlo a que nos comparta esta evidencia.

- Puede enviarnos la documentación de evidencia mediante cualquiera de las siguientes formas de contacto:

| <b>Método</b>             | <b>Información de contacto para enviar la mejor evidencia disponible</b>      |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ESCRIBA A</b>          | Best Available Evidence<br>PO Box 14076<br>Lexington, KY 40512                |
| <b>FAX</b>                | 1-866-756-5522                                                                |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> | <b><a href="mailto:BAE/LISmailbox@aetna.com">BAE/LISmailbox@aetna.com</a></b> |

- Cuando recibamos la evidencia que demuestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el monto de copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta. Si el copago que abona es superior a lo que le corresponde, se lo reembolsaremos con un cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, el estado nos cobrará el dinero. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página.

## **I2. Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)**

El ADAP ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA de Illinois.

Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos (según lo definido por el estado), y de estado sin seguro o infraseguro. Si cambia de plan, notifique al trabajador de inscripción de su ADAP local para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP)**.

al [217-524-5983](tel:217-524-5983).

### **I3. El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare**

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.** La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su ADAP, para aquellos que califican, son más beneficiosas que la participación en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

## **J. Seguro Social**

El Seguro Social determina la elegibilidad y gestiona la inscripción en Medicare.

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

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME AL</b>  | <b><a href="tel:1-800-772-1213">1-800-772-1213</a></b><br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Atendemos de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., de lunes a viernes.<br>Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas. |
| <b>TTY</b>       | <b><a href="tel:1-800-325-0778">1-800-325-0778</a></b><br>Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Para llamarlo, debe tener un equipo telefónico especial.                                                                                                                    |
| <b>SITIO WEB</b> | <b><a href="https://www.SSA.gov">SSA.gov</a></b>                                                                                                                                                                                                                                                               |

## **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, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre los beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [711](tel:1-866-600-2139)), 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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME AL</b>  | <b><u>1-877-772-5772</u></b><br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Presione “0” para 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.<br>Presione “1” para 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. |
| <b>TTY</b>       | <b><u>1-312-751-4701</u></b><br>Este número es para personas que tienen dificultad auditiva o del habla.<br>Para llamar, debe tener un equipo telefónico especial.<br>Las llamadas a este número no son gratuitas.                                                                                                                                                                                                        |
| <b>SITIO WEB</b> | <b><u>www.rrb.gov</u></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

## L. Otros recursos

Nos importa su seguridad, su salud y su bienestar. Es importante reconocer los signos de abuso, negligencia y explotación, y también denunciarlos. Esto le permitirá permanecer seguro y obtener la atención que necesita.

El **abuso** puede presentarse de muchas maneras, como las siguientes:

- **Abuso físico:** Uso no accidental de la fuerza que ocasiona lesiones corporales, dolor o deterioro. Incluye, entre otros, sufrir bofetadas, quemaduras, cortes, o moretones, o estar físicamente restringido de manera indebida.
- **Abuso verbal o emocional:** Incluye, entre otros, insultos, intimidación, gritos y groserías. También puede incluir burlas, coerción y amenazas.
- **Abuso sexual:** Todo comportamiento sexual o contacto físico íntimo que tiene lugar sin su permiso.
- **Abuso financiero:** Sucede cuando alguien usa su dinero sin su consentimiento. Esto incluye el uso indebido de una tutela o un poder.
- **Negligencia:** Tiene lugar cuando alguien no satisface sus necesidades básicas para la vida o se niega a hacerlo. Incluye alimento, vestimenta, vivienda o atención médica.
- **Explotación:** El uso indebido o la denegación de los bienes y recursos (pertenencias y dinero) de un miembro. Esto incluye, entre otros, el uso indebido de pertenencias o recursos de la presunta víctima por mala influencia, violación de una relación financiera, fraude, engaño, extorción o alguna otra manera contraria a la ley.

Si es o cree que es víctima de abuso, negligencia o explotación, llame al número correspondiente a continuación para denunciar, evitar o detener el abuso, la negligencia o la explotación.

|                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Para denunciar abusos de miembros que son adultos discapacitados de entre 18 y 59 años que viven en la comunidad, llame a la Unidad de Servicios de Protección para Adultos del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Illinois (IDoA). | <b><u>1-866-800-1409</u></b><br><b><u>1-888-206-1327</u> (TTY)</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP**.

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

|                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Para denunciar abusos de miembros mayores de 60 años que viven en la comunidad, llame a la Unidad de Servicios de Protección para Adultos del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Illinois (IDoA).                                | <a href="tel:1-866-800-1409">1-866-800-1409</a><br><a href="tel:1-888-206-1327">1-888-206-1327</a> (TTY) |
| Para denunciar abusos de miembros que se encuentran en centros de atención de enfermería, llame a la Línea directa de reclamos de hogares de convalecencia del Departamento de Salud Pública.                                               | <a href="tel:1-800-252-4343">1-800-252-4343</a>                                                          |
| Para denunciar abusos de miembros que se encuentran en centros de vida asistida, llame a la Línea directa de reclamos de centros de vida asistida.                                                                                          | <a href="tel:1-800-226-0768">1-800-226-0768</a>                                                          |
| Llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su coordinador de atención en cualquier momento para denunciar abuso, negligencia y explotación. Puede comunicarse con nosotros de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. | <a href="tel:1-866-600-2139">1-866-600-2139</a> (TTY: <a href="tel:1-866-600-2139">711</a> )             |

**Servicios de inscripciones para clientes de Illinois**

Los Servicios de inscripciones para clientes de Illinois están disponibles para ayudarle a comparar planes.

|                           |                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME AL</b>           | <a href="tel:1-877-912-8880">1-877-912-8880</a> De lunes a viernes de 08:00 a. m. a 06:00 p. m.                                                                                   |
| <b>TTY</b>                | <a href="tel:1-866-565-8576">1-866-565-8576</a> Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Para llamarlo, debe tener un equipo telefónico especial. |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> | <a href="mailto:hfs.webmaster@illinois.gov">hfs.webmaster@illinois.gov</a>                                                                                                        |
| <b>SITIO WEB</b>          | <a href="http://EnrollHFS.Illinois.gov/">EnrollHFS.Illinois.gov/</a>                                                                                                              |

**Age Options**

Age Options es una organización sin fines de lucro que conecta a los adultos mayores y las personas que los cuidan con opciones de recursos y servicios para que puedan llevar una vida plena.

|                           |                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME AL</b>           | <a href="tel:1-800-699-9043">1-800-699-9043</a>                                                                                                                                   |
| <b>TTY</b>                | <a href="tel:1-708-524-1653">1-708-524-1653</a> Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Para llamarlo, debe tener un equipo telefónico especial. |
| <b>ESCRIBA A</b>          | Age Options<br>1048 Lake Street, Suite 300<br>Oak Park, IL 60301-1102                                                                                                             |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> | <a href="mailto:information@ageoptions.org">information@ageoptions.org</a>                                                                                                        |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [711](tel:1-866-600-2139)), 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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

|                  |                                                    |
|------------------|----------------------------------------------------|
| <b>SITIO WEB</b> | <a href="http://AgeOptions.org">AgeOptions.org</a> |
|------------------|----------------------------------------------------|

### **Access Living**

Access Living es un agente de cambios, dedicado a fomentar una sociedad inclusiva que les permita a los residentes de Chicago con discapacidades llevar una vida autónoma con plena participación. El personal y los voluntarios combinan conocimiento y experiencia personal para ofrecer programas y servicios que preparan a las personas con discapacidades para defenderse.

|                  |                                                                                                                                                                                   |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME AL</b>  | <a href="tel:1-312-640-2100">1-312-640-2100</a>                                                                                                                                   |
| <b>TTY</b>       | <a href="tel:1-312-640-2102">1-312-640-2102</a> Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Para llamarlo, debe tener un equipo telefónico especial. |
| <b>ESCRIBA A</b> | Access Living<br>115 West Chicago Avenue<br>Chicago, IL 60654                                                                                                                     |
| <b>SITIO WEB</b> | <a href="http://AccessLiving.org">AccessLiving.org</a>                                                                                                                            |

### **La Agencia sobre el Envejecimiento del Noreste de Illinois**

La Agencia sobre el Envejecimiento sirve de enlace entre los programas y servicios sobre envejecimiento locales, estatales y nacionales. Puede ayudar a conectar una amplia red de proveedores de personas mayores con las personas que los necesitan. Trabaja para brindarles a las personas mayores que están en riesgo la oportunidad de permanecer en el hogar con dignidad y seguridad. La agencia asesora y colabora con las comunidades para preparar a las personas mayores y sus familias para el envejecimiento.

|                           |                                                                             |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME AL</b>           | <a href="tel:1-815-939-0727">1-815-939-0727</a>                             |
| <b>ESCRIBA A</b>          | Northeastern Illinois Agency on Aging<br>P.O. Box 809<br>Kankakee, IL 60901 |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> | <a href="mailto:info@ageguide.org">info@ageguide.org</a>                    |
| <b>SITIO WEB</b>          | <a href="http://AgeGuide.org">AgeGuide.org</a>                              |

### **Información de la Línea de crisis del Sistema de Entrada de Crisis y Remisiones (CARES)**

Si usted o un ser querido está teniendo una crisis de salud mental, puede llamar a la Línea de crisis de CARES. Puede llamar a CARES para ayudar a un niño o a un adulto. Puede llamar a CARES para obtener ayuda para usted o para otra persona.

|                  |                                                                        |
|------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME AL</b>  | <a href="tel:1-800-345-9049">1-800-345-9049</a>                        |
| <b>TTY</b>       | <a href="tel:711">711</a>                                              |
| <b>SITIO WEB</b> | <a href="http://www.carescrisisline.com/">www.carescrisisline.com/</a> |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [711](tel: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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

# 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 su coordinador 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 este *Manual para miembros*.

## Índice

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

|                                                                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>A. Información sobre los servicios y proveedores</b>                                                       | <b>30</b> |
| <b>B. Normas para obtener los servicios que cubre nuestro plan</b>                                            | <b>30</b> |
| <b>C. Su coordinador de atención</b>                                                                          | <b>31</b> |
| C1. Qué es un coordinador de atención                                                                         | 31        |
| C2. Cómo comunicarse con su coordinador de atención                                                           | 31        |
| C3. Cómo cambiar de coordinador de atención                                                                   | 32        |
| <b>D. Atención de los proveedores</b>                                                                         | <b>32</b> |
| D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)                                                       | 32        |
| D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red                                                   | 33        |
| D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan                                                                     | 34        |
| D4. Proveedores fuera de la red                                                                               | 34        |
| <b>E. Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)</b>                                                              | <b>35</b> |
| <b>F. Servicios de salud conductual (servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias)</b> | <b>35</b> |
| <b>G. Cómo puede obtener atención autodirigida</b>                                                            | <b>36</b> |
| G1. ¿Qué es la atención autodirigida?                                                                         | 36        |
| G2. ¿Quién puede obtener atención autodirigida? (Por ejemplo, si se limita a poblaciones exentas)             | 36        |
| G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores de atención personal (si corresponde)                         | 36        |
| <b>H. Servicios de transporte</b>                                                                             | <b>36</b> |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

|                                                                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>I. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando es una urgencia o durante un desastre</b>                   | <b>37</b> |
| I1. Atención en una emergencia médica                                                                                  | 37        |
| I2. Atención de urgencia                                                                                               | 38        |
| I3. Atención durante un desastre                                                                                       | 39        |
| <b>J. ¿Qué sucede si le facturan directamente a usted servicios cubiertos?</b>                                         | <b>39</b> |
| J1. Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios                                                              | 40        |
| <b>K. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica</b>                             | <b>40</b> |
| K1. Definición de un estudio de investigación clínica                                                                  | 40        |
| K2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica                                         | 41        |
| K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica                                                        | 41        |
| <b>L. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa de atención sanitaria no médica</b> | <b>41</b> |
| L1. Definición de institución religiosa de atención sanitaria no médica                                                | 41        |
| L2. Atención por parte de una institución religiosa de atención sanitaria no médica                                    | 41        |
| <b>M. Equipo médico duradero (DME)</b>                                                                                 | <b>42</b> |
| M1. DME como miembro de nuestro plan                                                                                   | 42        |
| M2. Propiedad de DME si se cambia a Original Medicare                                                                  | 42        |
| M3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan                                                      | 43        |
| M4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA)                         | 43        |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## 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 servicios médicos, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), 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. Sus servicios de atención médica, de salud conductual y LTSS cubiertos se encuentran en el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta y de venta libre se encuentran en el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*.

Los **proveedores** son médicos, profesionales de enfermería y otras personas que le brindan servicios y atención, que están autorizados por el estado. 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 LTSS.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores están de acuerdo en aceptar nuestro pago como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que le presten servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, normalmente no paga 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 Medicaid de Illinois. Esto incluye servicios de salud conductual, LTSS y transporte médico que no sea de emergencia (NEMT).

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

- La atención que recibe debe incluirse en nuestra Tabla de beneficios médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*.
- 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 brinde y supervise su atención. Como miembro del plan, debe elegir a un proveedor de la red para que sea su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1**).
  - No necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o de urgencia, ni 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**).
- **Debe recibir atención de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). Excepto cuando se aplique la continuidad de la atención (para obtener más información, consulte la **Sección C del Capítulo 4**), no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor en



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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

su totalidad por los servicios brindados. A continuación, se presentan algunos casos en los que esta norma no se aplica:

- Si necesita atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la **Sección I**).
- Si necesita atención que nuestro plan cubre y nuestros 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. Para obtener más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4**.
- Si necesita 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 atención de un proveedor fuera de la red. Si es posible, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página antes de salir del área de servicio, para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

## C. Su coordinador de atención

### C1. Qué es un coordinador de atención

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

Estamos aquí para apoyarle, ya sea que necesite un chequeo de rutina, ayuda para controlar una afección o respuestas sobre sus beneficios. Obtenga información sobre lo que tiene a su disposición para saber dónde acudir para recibir cuidado y apoyo visitando [AetnaMedicare.com/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP). También puede obtener más información aquí sobre los programas de salud y los servicios de administración de la atención diseñados para ayudarlo a mantenerse saludable y administrar sus necesidades de atención médica aquí: [https://www.aetna.com/content/dam/aetna/medicaid/illinois-fide-dsnp/pdfs/2026/abhil\\_phm\\_1b.pdf](https://www.aetna.com/content/dam/aetna/medicaid/illinois-fide-dsnp/pdfs/2026/abhil_phm_1b.pdf).

### C2. Cómo comunicarse con su coordinador de atención

Cuando se haga miembro, se le asignará un coordinador de atención. Su coordinador de atención se pondrá en contacto con usted cuando se inscriba en el plan. Los miembros pueden ser remitidos al programa de Administración de casos complejos por diversas fuentes, incluidos nuestros programas de administración médica, los planificadores del alta, los miembros, los cuidadores y los proveedores.

Para obtener más información sobre cómo obtener una remisión a administración de casos o para solicitar una remisión, llame al **1-866-600-2139** (TTY: **711**), visítenos en línea en [AetnaMedicare.com/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP) u obtenga más información aquí: [https://www.aetna.com/content/dam/aetna/medicaid/illinois/pdf/abhil\\_Care\\_Management.pdf](https://www.aetna.com/content/dam/aetna/medicaid/illinois/pdf/abhil_Care_Management.pdf).



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

### **C3. Cómo cambiar de coordinador de atención**

Si desea cambiar de coordinador 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 su 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.

#### **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 [AetnaBetterHealth.com/Illinois-dsnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/illinois-dsnp/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
- tratamientos
- 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

---



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/betterhealth/illinois-dsnp).

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

recomendamos que envíe sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

### ¿Cuál es la función del 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 [AetnaBetterHealth.com/Illinois-dsnp/find-provider](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois-dsnp/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. 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.

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 equipo médico duradero). 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.

## D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda atención médica en casos de enfermedad específica o para 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 [AetnaBetterHealth.com/Illinois-dsnp/find-provider](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois-dsnp/find-provider) para obtener una lista completa



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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

---

de los PCP y otros proveedores participantes en su área.

#### ¿Cuál es la función del 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

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 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.
- 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. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener 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 de la red o un beneficio no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se debe obtener autorización previa del plan antes de recibir la atención.
- Si se entera de que uno de sus proveedores deja nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para que administre su atención.
- 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 Organización para la mejora de la calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención, o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

### 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 tres excepciones:*

- El plan cubre los cuidados de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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

proveedor fuera de la red.

- Si necesita recibir atención médica que Medicare o Medicaid de Illinois exigen que cubra nuestro plan 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.

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

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Medicaid de Illinois.
- 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 apoyo a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) son para las personas que necesitan ayuda para realizar tareas diarias. La mayoría de estos servicios se proporcionan en su hogar o en su comunidad, pero podrían proporcionarse en un hogar de convalecencia. Para obtener más información sobre los LTSS, comuníquese con su coordinador de atención.

Cuando recibe servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), le asignamos un coordinador de atención. Recibirá servicios de administración de casos mientras esté inscrito en el programa de LTSS. Su coordinador de atención trabajará con usted, su tutor/representante y su médico para ayudarlo a decidir qué servicios satisfarán mejor sus necesidades. El coordinador de atención de los LTSS lo visitará en su hogar y le ayudará a evaluar sus necesidades. Siempre se alienta a que su familia y cualquier otra persona que usted quiera que participe ayuden con la evaluación.

En su primera consulta, su coordinador de atención le entregará una carta de bienvenida y una tarjeta de presentación con su nombre y número de teléfono. Si no puede encontrar esta información, llame al **1-866-600-2139** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Puede pedir hablar con su coordinador de atención o solicitar su número de teléfono laboral para poder llamarlo directamente.

## F. Servicios de salud conductual (servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias)

Los servicios de salud conductual respaldan las necesidades de tratamiento para la salud mental y el abuso de sustancias que pueda tener. Esto puede incluir medicamentos, asesoramiento (tratamiento), apoyo social y educación. Esta atención puede brindarse en un entorno comunitario, en un programa diurno, en el consultorio de un médico o en otro lugar que le resulte más fácil, como su hogar. Encontrará detalles en la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4**.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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

---

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 **1-866-600-2139** (TTY: **711**).

## G. Cómo puede obtener atención autodirigida

### G1. ¿Qué es la atención autodirigida?

La autodeterminación es una opción disponible para los inscritos que reciben servicios a través del programa de exención basado en el hogar y la comunidad (HCBS) con el División de Servicios de Rehabilitación (DRS). Se trata de un proceso que le permite diseñar y ejercer control sobre sus servicios de exención en el hogar. Le permitirá controlar sus servicios y apoyos autorizados, incluido el control sobre la contratación y el control de los proveedores.

### G2. ¿Quién puede obtener atención autodirigida? (Por ejemplo, si se limita a poblaciones exentas)

Los acuerdos que respaldan la autodeterminación están disponibles para los inscritos que reciben servicios a través del Programa de exención de los servicios basados en el hogar y la comunidad de la DRS.

### G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores de atención personal (si corresponde)

Comuníquese con su coordinador de atención para recibir ayuda para emplear proveedores.

---

## H. Servicios de transporte

### Si tiene una emergencia médica, llame al 911.

Si necesita transporte de emergencia, llame al 911. No necesita aprobación previa en caso de emergencia.

Los servicios de ambulancia terrestre que no sean de emergencia están cubiertos por este plan cuando son médicamente necesarios, de acuerdo con las pautas de Medicare. **Los otros servicios de transporte están cubiertos.**

Si necesita traslado a su consulta de atención médica o a lugares aprobados por el plan, llame a nuestro proveedor de transporte al **1-866-600-2139** (TTY: **711**) de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Se ofrecen viajes hacia lugares aprobados por el plan y desde estos, incluidos consultorios médicos y centros de atención de urgencia. Los viajes deben programarse al menos 48 horas (sin incluir los fines de semana y días feriados) antes del horario de recogida y se pueden cancelar hasta un día hábil antes del horario de recogida. Si necesita cambiar un viaje programado, este cambio debe solicitarse al menos 48 horas (sin incluir fines de semana y días feriados) antes de la hora de recogida requerida. Un representante programará su viaje a través de un servicio de transporte (como un taxi o una camioneta de transporte) o un servicio de autos compartidos (como Uber o Lyft).

**Consejo:** Asegúrese de programar un viaje tanto de ida como de vuelta a su destino. Esto se contará como dos viajes de ida o de vuelta.



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP)**.

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

### Importante:

1. Usted es responsable de estar listo cuando llegue el conductor.
2. Los conductores no son responsables de asistirle de la puerta de casa al vehículo, o del vehículo a la puerta del lugar. Si necesita ayuda, puede llevar un acompañante (miembro de la familia o el cuidador) con usted.

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

### II. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica que tiene síntomas de enfermedad, presenta dolor intenso o es una lesión grave, o una afección que se agrava rápidamente. 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 vida y, si está embarazada, pérdida del feto; •
- pérdida o daño grave de las funciones corporales; •
- pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad; •
- 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 a 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:

- **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 ni 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, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **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. Sin embargo, no pagará los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139** (TTY: **711**). El horario de atención es 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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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

---

- 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.

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*.

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.

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 de 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.

Sin embargo, una vez que el médico dice que no se trataba de una emergencia, cubriremos su atención adicional solo si 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 se refiere a la atención que se obtiene por una situación que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Por ejemplo, puede tener una exacerbación de una afección existente o una enfermedad o lesión imprevista.

#### **Atención de urgencia en el área de servicio de nuestro plan**

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

- 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 debido a sus horarios, su ubicación o sus



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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

circunstancias, 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*, desde nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Illinois-dsnp/find-provider](https://www.aetna.com/illinois-dsnp/find-provider) 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. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias con proveedores, como los exámenes anuales, no se consideran de urgencia incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

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.

### I3. Atención durante un desastre

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

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: [AetnaMedicare.com/ILDSNP](https://www.aetna.com/illinois-dsnp).

Durante un desastre declarado, si no puede consultar a 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 en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*.

### J. ¿Qué sucede si le facturan directamente a usted servicios cubiertos?

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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/illinois-dsnp).

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

---

**No debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que no podamos hacerle el reembolso.**

#### 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 este *Manual para miembros*), **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 preguntárnoslo. 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 este *Manual para miembros* se explica qué hacer si quiere que cubramos un servicio o producto médico. 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.

---

## 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 suele pedirles a los voluntarios que participen en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos lo informe o que obtenga nuestra aprobación ni la de su proveedor de atención primaria. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio sean proveedores de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED, determinaciones nacionales de cobertura y cobertura con desarrollo de evidencia) y estudios de exenciones sobre dispositivos de investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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

### 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 coordinador 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

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/coverage/clinical-research-studies](http://www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). También puede llamar al 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)). Los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel: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 centro que provee atención para una afección que normalmente se trataría 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 una 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”.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [7111](tel:1-866-600-7111)), 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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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

---

- El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que es **voluntario y no obligatorio** por la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que **no es voluntario y que es obligatorio** 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 certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre 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.
  - Obtener nuestra aprobación antes de que lo ingresen 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**.

---

## 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.

Algunos tipos de DME, como las prótesis, son de su propiedad.

Deberá alquilar otros tipos de DME. Como miembro de nuestro plan, por lo general, **no** tendrá posesión del DME alquilado, independientemente del tiempo que lo haya alquilado.

En ciertas situaciones limitadas, le transferiremos la posesión del producto de DME. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página para obtener más información.

Incluso si ha tenido el DME por 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.

---



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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

Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos a Original Medicare, o el número de pagos consecutivos establecido por el plan MA, para poseer el producto de DME si:

- usted no fue dueño del producto de 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 de 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 consecutivos conforme a Original Medicare o la cantidad de pagos nuevos consecutivos establecida por el plan MA para ser propietario del producto de DME.
- No hay excepciones a este cuando regresa a Original Medicare o a un plan MA.

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

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno cubiertos por Medicare, 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 cinco años si es médicamente necesario

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

- Su proveedor ya no tiene que proporcionárselo y puede elegir obtener un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de cinco años.
- Usted le alquila a un proveedor durante 36 meses.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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

---

- Su proveedor luego proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada cinco 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 a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetnamedicare.com/ILDSNP)**.

# 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 este *Manual para miembros*.

## Índice

### Capítulo 4 Tabla de beneficios

- A. Sus servicios cubiertos ..... 46
- B. Normas contra los proveedores que cobran por los servicios ..... 46
- C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan ..... 46
- D. Tabla de beneficios de nuestro plan ..... 50
- E. Servicios de exención ..... 172
- F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan ..... 175
  - F1. Transporte que no sea de emergencia ..... 175
- G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medicaid de Illinois ..... 176



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

## **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 este *Manual para miembros*. En este capítulo también se explican los límites en algunos servicios.

Debido a que usted recibe ayuda de Medicaid de Illinois, no paga nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando siga las normas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre las normas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (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 este *Manual para miembros* 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. (La cobertura de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5**). Enumera las categorías de servicios en orden alfabético y explica los servicios cubiertos.

**Pagaremos los servicios mencionados en la Tabla de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes normas.** No pagará 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 Medicaid de Illinois según las normas establecidas por Medicare y Medicaid de Illinois.
  - Los servicios (incluidos los servicios médicos, de salud conductual y por abuso de sustancias, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser “medicamente 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.
  - Para los nuevos inscritos, durante los primeros 90 días, es posible que no le pidamos que obtenga aprobación por adelantado para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso del tratamiento era para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- 



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139 (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP)**.

- 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 atención de emergencia o de urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted le paga al proveedor en su totalidad por los servicios fuera de la red brindados. En el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* encontrará más información sobre cómo utilizar proveedores dentro y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que brinda y administra su atención.
- Tiene un período de continuidad de la atención. Si esta es la primera vez que se inscribe en un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP), puede seguir consultando a sus médicos actuales durante 90 días. Si se cambió a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) de un D-SNP diferente, puede seguir consultando a sus médicos actuales durante 90 días. Hay circunstancias especiales en las que puede consultar a sus médicos durante más tiempo. Llame al coordinador de atención que se le asignó o al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página para obtener más información.
- 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.
- Si nuestro plan proporciona aprobación de una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, su historia clínica y las recomendaciones del proveedor tratante.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual Medicare & You 2027 [Medicare y usted para 2027]. Consúltelo en línea en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana 🍏 muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.
- Si pierde la elegibilidad para Medicaid de Illinois, pero se espera que la recupere en un plazo de seis meses, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Cuando finalice su cobertura de Medicaid de Illinois, no pagaremos sus beneficios de Medicaid de Illinois. No seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que estén incluidos en el plan estatal de Medicaid de Illinois, ni pagaremos las primas o el costo compartido de Medicare de los que, de otra manera, el estado sería responsable si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este periodo. Para obtener más información, comuníquese con su coordinador de atención o con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al número de teléfono que figura en la parte inferior de esta página. Ponerse en contacto con la Línea de ayuda para clientes del Departamento de Servicios Humanos para obtener información sobre su elegibilidad para Medicaid de Illinois. Consulte el **Capítulo 2** para obtener los números de teléfono de la Línea de ayuda para clientes del Departamento de Servicios Humanos de Illinois y otros recursos.
- Lo ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Medicaid de Illinois. Si se restablece su elegibilidad para Medicaid de Illinois mientras aún está inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare,



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

reanudaremos el pago de sus beneficios de Medicaid de Illinois y su inscripción con nosotros continuará. Solo pagamos la cobertura de Medicaid recibida durante y después de que se restablezcan sus beneficios de Medicaid. Si no puede recuperar la elegibilidad de Medicaid de Illinois en un plazo de seis meses, cancelaremos su inscripción en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Si recupera la elegibilidad de Medicaid de Illinois después de haber cancelado su inscripción, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

### **Información importante sobre beneficios para miembros con determinadas afecciones crónicas**

- Si tiene alguna de las afecciones crónicas que se indican más abajo y cumple determinados criterios, podría ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas:
  - Anemia
  - Los trastornos autoinmunitarios se limitan a los siguientes:
    - Dermatomiositis
    - Panarteritis nodosa
    - Polimialgia reumática
    - Polimiositis
    - Psoriasis
    - Artritis psoriásica
    - Artritis reumatoidea
    - Esclerodermia
    - Lupus eritematoso sistémico
  - Cáncer
  - Los trastornos cardiovasculares se limitan a los siguientes:
    - Arritmias cardíacas
    - Arteriopatía coronaria
    - Enfermedad vascular periférica
    - Enfermedad cardíaca valvular
  - Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUDS)
  - Las afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes se limitan a las siguientes:
    - Trastornos de ansiedad
    - Trastornos bipolares
    - Trastornos alimentarios
    - Trastornos depresivos graves
    - Trastorno paranoide
    - Trastorno por estrés postraumático (PTSD)
    - Esquizofrenia
    - Trastorno esquizoafectivo
  - Afecciones crónicas que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

- La enfermedad gastrointestinal crónica se limita a lo siguiente:
  - Enfermedad hepática crónica
  - Hepatitis B
  - Hepatitis C
  - Síndrome del intestino irritable
  - Enfermedad inflamatoria intestinal
  - Enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD)
  - Pancreatitis
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Hiperlipidemia crónica
- Hipertensión crónica
- La enfermedad renal crónica (CKD) se limita a lo siguiente:
  - CKD que no requiere diálisis
  - CKD que requiere diálisis/enfermedad renal terminal (ESRD)
- Los trastornos pulmonares crónicos se limitan a los siguientes:
  - Asma
  - Bronquitis crónica
  - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
  - Fibrosis quística
  - Enfisema
  - Fibrosis pulmonar
  - Hipertensión pulmonar
- Dolor crónico
- Las afecciones asociadas con la discapacidad cognitiva se limitan a lo siguiente:
  - Enfermedad de Alzheimer
  - Enfermedad mental incapacitante asociada con discapacidades cognitivas
  - Discapacidades intelectuales y del desarrollo
  - Discapacidad cognitiva leve
  - Lesiones cerebrales traumáticas
- Afecciones que requieren servicios de tratamiento continuo para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento
- Afecciones con desafíos funcionales y que requieren servicios similares, incluidas las siguientes:
  - Artritis
  - Pérdida de extremidades
  - Parálisis
  - Lesiones de la médula espinal
  - Accidente cerebrovascular
- Demencia
- Diabetes mellitus
- VIH/SIDA



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 4. Tabla de beneficios

---

- Inmunodeficiencias y trastornos inmunosupresores
- Los trastornos neurológicos se limitan a los siguientes:
  - Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
  - Síndrome de fatiga crónica
  - Epilepsia
  - Parálisis extendida (es decir, hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía)
  - Fibromialgia
  - Enfermedad de Huntington
  - Esclerosis múltiple (MS)
  - Enfermedad de Parkinson
  - Polineuropatía
  - Lesiones de la médula espinal
  - Estenosis espinal
  - Déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
- Atención posterior al trasplante de órganos
- Los trastornos hematológicos graves se limitan a los siguientes:
  - Anemia aplásica
  - Trastorno tromboembólico venoso crónico
  - Hemofilia
  - Púrpura trombocitopénica inmunitaria
  - Síndrome mielodisplásico
  - Anemia drepanocítica (excepto el rasgo falciforme)
- Accidente cerebrovascular
- También debe tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud y requerir coordinación de cuidados intensivos.
- La elegibilidad se determinará en función de sus reclamaciones médicas y farmacéuticas, y otra información clínica. Para obtener información sobre las calificaciones para elegibilidad para recibir este beneficio, visite [aetna.com/ILQualify](https://aetna.com/ILQualify).
- Para obtener más detalles, consulte la fila Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas en la Tabla de beneficios médicos más abajo.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

---

## D. Tabla de beneficios de nuestro plan



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  <b>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</b><br><br>Pagamos una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico (PA), profesional en enfermería (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$0               |
| <b>Acupuntura</b><br><br>Pagamos hasta 12 consultas de acupuntura en 90 días si usted tiene dolor crónico en la región lumbar, definido como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene una duración de 12 semanas o más;</li> <li>• No es específico (no tiene una causa sistémica que se pueda identificar, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa)</li> <li>• Aquel que no está asociado con una cirugía.</li> <li>• Aquel que no está asociado con un embarazo.</li> </ul> Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para dolor crónico en la región lumbar si muestra una mejora. Es posible que no obtenga más de 20 tratamientos de acupuntura para dolor lumbar crónico por año.<br><br>Se deben abandonar los tratamientos de acupuntura si no mejora o si empeora.<br><br>Requisitos de proveedores: Los médicos pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.<br><br>Los auxiliares médicos (PA), los profesionales en enfermería (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales pertinentes y si tienen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una institución acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM) y</li> <li>• Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del District of Columbia.</li> </ul> | \$0               |
| <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lo que usted paga                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Acupuntura</b> (continuación)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                      |
| El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, requerido por nuestras regulaciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                      |
| <p><b>Tarjeta de beneficios adicionales de Aetna® Medicare</b></p> <p>Usted recibe una tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare para ayudar a pagar determinados gastos diarios y respaldar su salud y bienestar general.</p> <p>Con esta tarjeta puede recibir lo siguiente:</p> <p>Una billetera de productos de venta libre (OTC) con un monto mensual de beneficios (asignación). Para obtener más información, consulte la sección de la <b>billetera de productos de venta libre (OTC)</b> del Capítulo 4.</p> <p>Si se le diagnostica una o más afecciones crónicas calificadas y cumple con todos los demás criterios, puede ser elegible para usar el monto mensual de beneficios en categorías de gastos adicionales. Consulte la fila <b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</b> en esta tabla para obtener más información.</p> <p><b>Importante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare no reemplaza la tarjeta de identificación de miembro.</li> <li>• Si recibió una tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare en 2026 y no ha cambiado de plan, <b>no</b> recibirá una tarjeta nueva para el año del plan 2027. Asegúrese de guardar su tarjeta.</li> <li>• Si es un miembro nuevo o no se inscribió en un plan con una tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare en 2026, recibirá una nueva tarjeta por correo. Debería recibir la tarjeta antes de que comience su plan. Incluirá instrucciones sobre cómo activar y usar la tarjeta.</li> <li>• Si tenía un plan con una tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare en 2026 y cambia de plan, es posible que reciba una tarjeta nueva. Conserve su tarjeta actual y no la tire a la basura a menos que obtenga una tarjeta nueva.</li> </ul> | <p>\$0</p> <p>La tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare solo puede usarse en tiendas minoristas participantes autorizadas y en línea o por teléfono a través de CVS Flex Benefits™.</p> |
| <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                      |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare</b><br/> <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es su responsabilidad asegurarse de que Aetna tenga la dirección postal más actualizada en el archivo. Esto incluye su número de apartamento, si corresponde. Aetna no se responsabiliza por correos entregados a direcciones incorrectas, perdidos o no entregados.</li> <li>• Mantenga su tarjeta segura y protegida. Aetna no es responsable de los fondos sin utilizar debido a tarjetas perdidas o robadas.</li> <li>• Las investigaciones sobre fraudes denunciados pueden tardar aproximadamente entre 60 y 90 días en completarse. Tenga en cuenta que el restablecimiento de los fondos está sujeto al resultado de la investigación y no está garantizado.</li> <li>• La tarjeta solo puede utilizarse en tiendas minoristas autorizadas participantes de la red que acepten Visa®. Para encontrar un minorista participante autorizado, visite <a href="https://www.CVS.com/Aetna">CVS.com/Aetna</a> o use la aplicación CVS Flex Benefits™.</li> <li>• La tarjeta no puede utilizarse para pagar medicamentos con receta o productos como alcohol, tabaco, cannabis, armas de fuego, lotería y tarjetas de regalo.</li> <li>• La tarjeta solo puede utilizarse para pagar los productos y servicios elegibles en los que haya incurrido mientras esté inscrito en el plan.</li> <li>• Aetna tampoco se responsabiliza por los fondos sin utilizar debido a circunstancias personales en las que no puede usar su monto de beneficios (p. ej., hospitalización, viajes).</li> <li>• Los fondos sin utilizar se perderán. No habrá excepciones para reemplazar los fondos sin utilizar debido a una tarjeta perdida o robada, circunstancias personales o por no haber proporcionado su dirección postal precisa a Aetna.</li> <li>• Para obtener más información o si necesita solicitar una tarjeta de reemplazo, llame al <b>1-844-428-8147 (TTY: 711)</b> los 7 días de la semana, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados nacionales. También puede usar la aplicación CVS Flex Benefits o visitar <a href="https://www.CVS.com/Aetna">CVS.com/Aetna</a>.</li> </ul> |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Lo que usted paga |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  <b>Pruebas de detección de consumo excesivo de alcohol y asesoramiento</b><br><br>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.<br><br>Si el resultado de la prueba de detección de consumo excesivo de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial todos los años (si es capaz y está alerta durante el asesoramiento) con un proveedor de atención primaria (PCP) o profesional calificado en un establecimiento de atención primaria. | \$0               |
| <b>Servicios de ambulancia</b><br><br>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sean para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea (avión y helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención.<br><br>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que las otras formas de llegar a un lugar de atención podrían poner en riesgo su salud o vida.<br><br><b>Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia.</b>                                                                                                                                                   | \$0               |
| <b>Examen físico de rutina anual</b><br><br>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.<br><br>La cobertura de este beneficio no cubierto por Medicare se agrega a la consulta anual de bienestar cubierta por Medicare y a la consulta preventiva Bienvenido a Medicare. Puede programar su examen físico de rutina anual una vez por año calendario.                          | \$0               |
| Este beneficio continúa en la siguiente página.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lo que usted paga |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Examen físico de rutina anual</b> <i>(continuación)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |
| Los análisis preventivos, las pruebas de detección o las pruebas de diagnóstico que se realicen durante esta consulta dependen de su cobertura para pruebas de laboratorio y de diagnóstico. (Consulte la sección <b>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</b> para obtener más información).                                                                                                                                                                           |                   |
|  <b>Consulta anual de bienestar</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$0               |
| 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.<br><br><b>Nota:</b> Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta <b>Bienvenido a Medicare</b> . Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta <b>Bienvenido a Medicare</b> para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. |                   |
|  <b>Medición de la masa ósea</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$0               |
| Cubrimos determinados procedimientos para los miembros que califican (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.<br><br>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.                                                        |                   |
|  <b>Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$0               |
| Pagamos los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años.</li> <li>• Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más.</li> <li>• Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                              |                   |
| <b>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$0               |
| Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener una orden del médico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |
| <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Lo que usted paga |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (continuación)</b></p> <p>Cubrimos estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas afecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ataque cardíaco en los últimos 12 meses</li> <li>• Cirugía de revascularización coronaria</li> <li>• Angina de pecho estable (dolor en el pecho)</li> <li>• Reparación o reemplazo de válvula cardíaca</li> <li>• Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria obstruida) o colocación de estents coronarios (un procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta)</li> <li>• Corazón o trasplante de corazón y pulmón</li> <li>• Insuficiencia cardíaca crónica estable</li> </ul> <p>Limitaciones de cobertura:<br/>Puede obtener hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener dos sesiones por día (cada una con una duración de una hora) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si califica, es posible que pueda obtener 36 sesiones más que se pueden extender durante un período de tiempo más largo.</p> |                   |
| <p> <b>Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardíacas)</b></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"> <li>• analizar el consumo de aspirina,</li> <li>• controlar la presión arterial, o</li> <li>• dar consejos para asegurarse de que esté comiendo bien.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$0               |
| <p> <b>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (corazón)</b></p> <p>Pagamos los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también controlan si hay defectos debido al alto riesgo de padecer enfermedades cardíacas.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lo que usted paga |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  <b>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</b><br><br>Pagamos los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres, se cubre lo siguiente:<br/>Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses</li> <li>• Para las mujeres que tienen un alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina:<br/>Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses</li> <li>• Para mujeres que hayan obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años: Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$0               |
| <b>Servicios quiroprácticos</b><br><br>Pagamos los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustes de la columna para corregir la alineación</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$0               |
|  <b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b><br><br>Nosotros pagamos los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La colonoscopia no tiene límite mínimo o máximo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (diez años) para pacientes que no son de alto riesgo o cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa.</li> <li>• La colonografía por tomografía computada está cubierta para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cuando hayan pasado al menos 59 meses desde el mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computada de detección, o cuando hayan pasado 47 meses desde el mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. En el caso de los pacientes con alto riesgo de cáncer</li> </ul> | \$0               |
| Este beneficio continúa en la siguiente página.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b> <i>(continuación)</i></p> <p>colorrectal, se puede pagar por una colonografía por tomografía computada de detección que se realice después de que hayan pasado al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computada de detección o la última colonoscopia de detección.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 colonografía por tomografía computada.</li> <li>• Pruebas de detección de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años o más. Dos veces por año calendario.</li> <li>• Prueba de guayacol de detección de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años o más. Dos veces por año calendario.</li> <li>• Prueba multidiaria 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 tres años.</li> <li>• Prueba de biomarcadores en sangre para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años.</li> <li>• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba no invasiva en heces de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare devuelva un resultado positivo.</li> <li>• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de esta y en la misma consulta clínica.</li> </ul> |                   |
| <p><b>Servicios dentales</b></p> <p>Nosotros pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de una afección médica primaria de la persona. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$0               |
| <p><i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Servicios dentales</b> (<i>continuación</i>)</p> <p>preparación para el tratamiento de radiación contra el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes orales que preceden al trasplante de órganos.</p> <p>Además, cubrimos los siguientes beneficios no cubiertos por Medicare:</p> <p><b>Servicios dentales preventivos (no cubiertos por Medicare):</b><br/> Para obtener una lista de servicios preventivos cubiertos, consulte el <i>Programa de beneficios dentales</i>.</p> <p><b>Servicios dentales integrales (no cubiertos por Medicare):</b><br/> Para obtener una lista de los servicios integrales cubiertos, consulte el <i>Programa de beneficios dentales</i>.</p> <p>Usted obtiene un <b>monto anual de beneficios (asignación)</b> de \$3,000 para servicios dentales preventivos y servicios dentales integrales combinados cubiertos. Se pagarán los servicios cubiertos al proveedor hasta alcanzar el monto anual de beneficios (asignación). Si excede el monto de beneficios para los servicios cubiertos, usted será responsable de esos costos y no se le reembolsará.</p> <p>Consulte el <i>Programa de beneficios dentales</i> para obtener más información.</p> <p>Este beneficio dental se brinda a través de DentaQuest. Si elige atenderse con un proveedor fuera de la red, sus servicios no estarán cubiertos. Para encontrar un proveedor de la red, puede hacer lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de DentaQuest al <b>1-800-416-9185 (TTY: 711)</b><br/> O bien,</li> <li>2. Visite <a href="http://dentaquest.com">dentaquest.com</a> y busque usando su plan de Medicare</li> </ol> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p> |                   |
|  <b>Prueba de detección de depresión</b> <p>Pagamos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0               |
| <p><i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Lo que usted paga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prueba de detección de depresión</b> <i>(continuación)</i><br>atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o remisiones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|  <b>Prueba de detección de diabetes</b><br><br>Pagamos por esta prueba (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• presión arterial alta (hipertensión)</li> <li>• antecedentes de niveles de triglicéridos y colesterol anormales (dislipidemia)</li> <li>• obesidad</li> <li>• antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa)</li> </ul> Los exámenes pueden estar cubiertos en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes.<br><br>Puede calificar para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.                                                                                                                                                                                                                      | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|  <b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros</b><br><br>Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (independientemente de si usan insulina o no): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para controlar la glucosa en sangre, incluidos los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ un glucómetro</li> <li>◦ tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre</li> <li>◦ dispositivos de punción y lancetas</li> <li>◦ soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.</li> </ul> </li> <li>• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave, pagamos lo siguiente:               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ un par de zapatos terapéuticos a medida (con plantillas), incluyendo la adaptación y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, o</li> </ul> </li> </ul> | \$0<br><b>Información importante sobre el glucómetro (BGM):</b><br><br>Cubrimos exclusivamente los glucómetros (BGM) y las tiras reactivas fabricados y distribuidos por Accu-Chek/Roche y TRUE/Trividia disponibles actualmente. Los glucómetros y las tiras reactivas producidos por otros fabricantes pueden estar cubiertos si son médicamente necesarios, por ejemplo, glucómetros con tamaño de letra grande o con función de voz para personas con problemas de la vista. Las excepciones médicas para personas con problemas de la vista pueden cubrirse con una autorización previa aprobada. |
| Este beneficio continúa en la siguiente página.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Lo que usted paga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</b> <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarlo a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.</li> </ul> <p><b>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.</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Los glucómetros (BGM) y otros suministros para medir la glucosa en sangre (p. ej., dispositivos de punción, lancetas y tiras reactivas) se pueden obtener con receta médica en una farmacia de la red o de un proveedor de equipo médico duradero (DME).</li> <li>Suministros médicos para la diabetes, los glucómetros (BGM), las lancetas y las soluciones de control están cubiertos por su cobertura médica.</li> <li>Puede encontrar los suministros para la diabetes cubiertos por la cobertura para medicamentos con receta (toallitas de alcohol, lancetas, gasa de 2x2, agujas y jeringas) en la guía del formulario de su plan. Estos suministros para la diabetes se pueden encontrar en la guía del formulario de su plan.</li> <li>Se requieren autorizaciones previas para más de un glucómetro por año o para más de 100 tiras reactivas para un suministro de un mes y pueden ser necesarias para zapatos y plantillas para pacientes diabéticos. La autorización previa es responsabilidad de su proveedor.</li> </ul> <p><b>\$0</b><br/> <b>Información importante sobre monitores continuos de glucosa (CGM):</b></p> |
| Este beneficio continúa en la siguiente página.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                      | Lo que usted paga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</b> <i>(continuación)</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos todos los monitores continuos de glucosa (CGM) en los proveedores de DME, pero cubrimos exclusivamente Dexcom y Freestyle Libre en las farmacias de la red.</li> <li>• Es posible que se requiera autorización previa para los monitores continuos de glucosa (CGM) Dexcom y Freestyle Libre en farmacias dentro de la red si no se puede confirmar el historial de insulina de los últimos 6 meses en el momento del suministro.</li> <li>• Es posible que se requiera autorización previa para los monitores continuos de glucosa (CGM) y los sensores de un proveedor de DME, si se exceden los límites de cantidad.</li> <li>• Si se superan los límites de cantidad para los monitores y sensores que se ajustan a la cobertura de Medicare, se requiere una guía para las autorizaciones previas. Es posible que también se requieran solicitudes de excepción.</li> </ul> <p>Puede encontrar las farmacias y los proveedores de DME de la red participantes, así como los proveedores de monitores continuos de glucosa (CGM) en nuestro sitio web:<br/> <a href="https://AetnaBetterHealth.com/Illinois-dsnp/find-provider">AetnaBetterHealth.com/Illinois-dsnp/find-provider</a></p> |
| Este beneficio continúa en la siguiente página.                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lo que usted paga                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</b> <i>(continuación)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b> |
| <b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b><br><br>Consulte el <b>Capítulo 12</b> de este <i>Manual para miembros</i> para obtener una definición de “Equipo médico duradero (DME)”.<br><br>Cubrimos los siguientes productos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sillas de ruedas</li> <li>• Muletas</li> <li>• Sistemas de colchones eléctricos</li> <li>• Suministros para la diabetes</li> <li>• Cama de hospital recetada por un proveedor para usar en el hogar</li> <li>• Bombas de infusión intravenosa y soportes</li> <li>• Dispositivos para la generación del habla</li> <li>• Equipos y suministros de oxígeno</li> <li>• Nebulizadores</li> <li>• Andadores</li> <li>• Bastón estándar con mango curvo o bastón de cuatro apoyos y suministros de reemplazo</li> <li>• Tracción cervical (sobre la puerta)</li> <li>• Estimulador óseo</li> <li>• Equipos de atención de diálisis</li> </ul> Otros productos pueden estar cubiertos.<br><br>Pagaremos todos los DME necesarios médicamente que, generalmente, pagan Medicare y Medicaid. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. Su proveedor debe proporcionar una receta para el DME cubierto y obtener autorización previa si es necesario.<br><br>En Original Medicare, existe una política de alquiler hasta el precio de compra para ciertos tipos de DME después de realizar los copagos del período de alquiler. El período de alquiler suele durar entre 10 y 13 meses. Una vez alcanzado el precio de compra, puede utilizar el equipo todo el tiempo que | \$0                                                                                         |
| <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                             |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Lo que usted paga                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b><br/>(continuación)</p> <p>sea necesario. Cuando ya no lo necesite, el proveedor del producto deberá recogerlo. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del producto de DME.</p> <p>Visite <a href="https://www.aetna.com/betterhealth/illinois-dsnp/find-provider">AetnaBetterHealth.com/Illinois-dsnp/find-provider</a> para encontrar proveedores de DME de la red.</p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia son servicios con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• son brindados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia.</li> <li>• son necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica.</li> </ul> <p>Una emergencia médica es una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede esperar que la afección tenga las siguientes consecuencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• riesgo grave para su vida o la del feto; ●</li> <li>• daño grave en las funciones corporales; ●</li> <li>• pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad.</li> <li>• En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ No hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto.</li> <li>◦ El traslado a otro hospital puede ser una amenaza para su salud o seguridad, o la de su hijo no nacido.</li> </ul> </li> </ul> <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente:</p> | <p><b>\$0</b></p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su emergencia se estabilice, debe obtener la atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan.</p> |
| <p><i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Atención de emergencia</b> ( <i>continuación</i> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de emergencia (en todo el mundo)</li> <li>Servicios de ambulancia de emergencia (en todo el mundo)</li> </ul> <p>Beneficio máximo anual de \$250,000 para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Es posible que deba pagarle al proveedor en el momento de la prestación del servicio y enviar una solicitud de reembolso. Se le reembolsará hasta alcanzar el monto anual máximo de beneficios menos cualquier copago o costo compartido aplicable.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |
| <b>Prevención de caídas</b> <p>Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$100 para comprar productos de seguridad para el hogar y el baño aprobados. Estos productos pueden ayudarlo a controlar las discapacidades físicas y mejorar su capacidad para desplazarse por el hogar. Para obtener más información sobre este beneficio y pedir productos aprobados, use la aplicación CVS Flex Benefits™ o visite <a href="https://www.cvs.com/benefits">CVS.com/benefits</a>. También puede llamar al <b>1-866-799-3832 (TTY: 711)</b>, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora local.</p> <p><b>Nota:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No puede hacer más de 3 pedidos por año.</li> <li>No puede pagar de su bolsillo si su compra supera su monto de beneficios.</li> <li>Los productos solo pueden comprarse a través de la aplicación CVS Flex Benefits™, en línea o por teléfono.</li> <li>Algunos productos disponibles en línea pueden estar agotados ocasionalmente. Si esto ocurre, puede elegir productos elegibles alternativos o esperar hasta que el producto vuelva a estar disponible. Si decide esperar y se acerca la fecha de vencimiento de sus beneficios, asegúrese de usar sus fondos. El saldo no utilizado debido a la falta de existencias de los productos no se transferirá. Planifique su asignación cuidadosamente, ya que no se otorgarán excepciones una vez que haya finalizado el período de beneficios.</li> </ul> | \$0               |
| <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Lo que usted paga |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Prevención de caídas</b> <i>(continuación)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los productos no están cubiertos por ningún tipo de garantía después de la compra. Si tiene algún problema con los productos pedidos o recibidos, comuníquese con el proveedor, CVS Flex Benefits. Tiene 30 días para reportar productos defectuosos o dañados pedidos en línea.</li> <li>• Debido a la naturaleza personal de los productos, no son posibles las devoluciones ni los cambios.</li> <li>• Aetna no se responsabiliza por el mal funcionamiento de los productos.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |
| <p><b>Servicios de planificación familiar</b></p> <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"> <li>• examen de planificación familiar y tratamiento médico</li> <li>• análisis de laboratorio y diagnóstico de planificación familiar</li> <li>• métodos de planificación familiar (IUC/IUD, implantes, inyecciones, píldoras para control de la natalidad, parche o anillo)</li> <li>• suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma, tapa)</li> <li>• asesoramiento y diagnóstico de servicios relacionados</li> <li>• asesoramiento, pruebas y tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (ETS)</li> <li>• asesoramiento y pruebas para el VIH y el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH</li> <li>• 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).</li> <li>• asesoramiento genético</li> </ul> | \$0               |
| <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lo que usted paga |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Servicios de planificación familiar</b> <i>(continuación)</i></p> <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"> <li>• tratamiento para la infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada).</li> <li>• tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH</li> <li>• análisis genético</li> <li>• Servicios de preservación de la fertilidad</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |
| <p><b>Acondicionamiento físico: Membresía básica de SilverSneakers®</b></p> <p>Tiene cubierta la membresía básica en cualquier centro de acondicionamiento físico autorizado de SilverSneakers® participante. Además, 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 está incluido en su membresía básica de SilverSneakers el acceso a clases enriquecedoras en línea que contribuyen a su salud y bienestar, así como su acondicionamiento mental. Las clases de salud y bienestar de SilverSneakers incluyen, entre otros, lo siguiente: Cocina, comida y nutrición, y atención plena. Las clases de acondicionamiento mental de SilverSneakers incluyen, entre otros, lo siguiente: Habilidades nuevas, organización, autoayuda y cómo mantenerse conectado. Se puede acceder a estas clases en línea en <a href="https://www.silversneakers.com">SilverSneakers.com</a>.</p> <p>Para comenzar, necesitará su número de identificación de SilverSneakers. Visite <a href="https://www.silversneakers.com">SilverSneakers.com</a> o llame a SilverSneakers al <b>1-855-627-3795 (TTY: 711)</b> para obtener este número de identificación. Luego, lleve este número de identificación cuando visite un centro de acondicionamiento físico participante autorizado. Para obtener información sobre los centros participantes autorizados, puede consultar el sitio web de SilverSneakers o llamar a SilverSneakers.</p> <p><b>Importante:</b> Tiene una membresía básica en cualquier centro participante autorizado de SilverSneakers. Los servicios del centro pueden variar según la ubicación participante e incluyen, entre otros, horas, días y tipos de clase.</p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Lo que usted paga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>Programas educativos sobre salud y bienestar</b></p> <p><b>Línea de enfermería durante las 24 horas:</b> Puede hablar con un enfermero certificado durante las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de la Línea de enfermería durante las 24 horas. Pueden ayudar con preguntas relacionadas con la salud cuando su médico no esté disponible. Llame al <b>1-855-493-7019 (TTY: 711)</b>. El personal de enfermería certificado no puede diagnosticar, recetar ni dar asesoramiento médico. Si necesita atención de urgencia o de emergencia, llame al 911 o a su médico de inmediato.</p> <p>Si bien solo su médico puede diagnosticar, recetar o dar asesoramiento médico, la Línea de enfermería durante las 24 horas puede proporcionar información sobre una variedad de temas de salud.</p> <p><b>Educación de salud:</b> Puede reunirse con un instructor de salud certificado u otro profesional de salud calificado para obtener información sobre temas de salud y bienestar como: Control de la diabetes, asesoramiento nutricional, educación sobre asma y más. Tiene la opción de reunirse de forma individual, grupal o virtual. Pida a su proveedor información sobre cómo estos servicios pueden ayudarlo.</p> | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>Servicios auditivos</b></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>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes auditivos de rutina: Uno por año</li> <li>Colocación o evaluación de audífonos: Una colocación o evaluación de audífonos por año</li> <li>Audífonos: Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de hasta \$1,000 por oído, todos los años. La asignación total combinada para ambos oídos está limitada a \$2,000 por año calendario. Este monto de beneficios solo puede utilizarse para comprar audífonos a través de un proveedor autorizado de la red de</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios auditivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada examen auditivo no cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para cada evaluación o colocación de audífonos adicional.</p> <p>Audífonos:<br/>Copago de \$0 por oído, por año (dos audífonos por año).</p> |
| Este beneficio continúa en la siguiente página.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lo que usted paga |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Servicios auditivos</b> <i>(continuación)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |
| <p>NationsHearing.</p> <p>Examen auditivo de rutina y audífonos:<br/>         Nos hemos unido a NationsHearing para proporcionarle el examen auditivo y los audífonos. Debe consultar a un proveedor de la red de NationsHearing para que los exámenes auditivos y audífonos estén cubiertos. El monto de beneficios de audífonos solo puede utilizarse para comprar audífonos a través de un proveedor de la red de NationsHearing. El monto de beneficios se aplica a los audífonos en el momento de la compra. Si el costo es superior al monto de beneficios, usted paga la diferencia. Puede programar su examen auditivo o una cita para probarse los audífonos con un proveedor de NationsHearing llamando al <b>1-877-225-0137 (TTY: 711)</b>. Los representantes están disponibles de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, a excepción de los días feriados.</p> |                   |
|  <p><b>Prueba de detección de VIH</b></p> <p>Pagamos una prueba de detección de VIH cada 12 meses para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soliciten una prueba de detección de VIH</li> <li>• que tienen mayor riesgo de infección por el VIH.</li> </ul> <p>Si usted está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección de VIH durante el embarazo.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$0               |
| <p><b>Agencia de atención médica a domicilio</b></p> <p>Antes de poder obtener servicios de atención médica 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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$0               |
| <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Agencia de atención médica a domicilio</b> <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de ocho horas por día y 35 horas por semana).</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• Servicios médicos y sociales</li> <li>• Equipos y suministros médicos</li> </ul> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |
| <p><b>Tratamiento de infusión en el hogar</b></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"> <li>• el medicamento o sustancia biológica, por ejemplo, un antiviral o inmunoglobulinas;</li> <li>• equipos, como una bomba; <b>y</b></li> <li>• suministros, como tubos o catéter.</li> </ul> <p>Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con su plan de atención;</li> <li>• capacitación de los miembros e información que aún no está incluida en el beneficio de DME;</li> <li>• monitoreo remoto; <b>y</b></li> <li>• 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.</li> </ul> | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lo que usted paga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Atención en hospicio</b></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 recibir atención a través de cualquier 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, incluidos los programas de los que somos propietarios, que controlamos o en los que tenemos un interés financiero. 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"> <li>• medicamentos para tratar síntomas y dolor</li> <li>• cuidados paliativos a corto plazo</li> <li>• atención a domicilio</li> </ul> <p>Cuando es ingresado en un hospicio, tiene derecho a seguir siendo miembro de nuestro plan.</p> <p><b>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.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por los servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A o la Parte B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubre.</li> </ul> <p><b>Para los servicios cubiertos por nuestro plan, que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de Medicare de nuestro plan:</b></p> | <p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare, y no Aetna Medicare FIDE (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> |
| <p><i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lo que usted paga                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Atención en hospicio</b> <i>(continuación)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el <b>Capítulo 5</b> de este <i>Manual para miembros</i>.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Si necesita atención médica que no se da en hospicio, llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros para coordinar los servicios. La atención médica que no se da en hospicio es la atención que <b>no</b> está relacionada con su pronóstico terminal. Llame a su coordinador de atención al <b>1-866-600-2139 (TTY: 711)</b>, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                         |
|  <b>Vacunas</b> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>vacunas contra la neumonía</li> <li>vacunas antigripales, una vez cada temporada de la gripe/influenza, en otoño e invierno, con vacunas antigripales/contra la influenza adicionales si son médicamente necesarias</li> <li>vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene cualquier otra afección que lo pone en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.</li> <li>Vacunas contra la COVID-19.</li> <li>otras vacunas si su salud está en peligro y si cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare</li> </ul> <p>Pagamos otras vacunas que cumplen con las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el <b>Capítulo 6</b> de este <i>Manual para miembros</i> para obtener más información.</p> | \$0                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b></p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de 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</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia se estabilice.</p> |
| Este beneficio continúa en la siguiente página.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                         |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139 (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Lo que usted paga |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b><br><i>(continuación)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |
| <p>médicamente necesarios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).</li> <li>Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>Servicios de enfermería regulares.</li> <li>Costos de las unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o coronarios.</li> <li>Medicamentos.</li> <li>Análisis de laboratorio.</li> <li>Radiografías y otros servicios radiológicos.</li> <li>Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.</li> <li>Aparatos, como sillas de ruedas.</li> <li>Servicios de sala de operaciones y de recuperación.</li> <li>Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados.</li> <li>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.</li> </ul> <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 nuestra comunidad y usted elige recibir su trasplante allí, coordinaremos o pagaremos los costos de viaje y alojamiento para usted y otra persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>sangre (incluidos almacenamiento y administración). La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre.</li> <li>servicios médicos</li> </ul> |                   |
| <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lo que usted paga |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b><br><i>(continuación)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |
| <p><b>Nota:</b> 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>Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i> disponible en <a href="https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al <a href="tel:1-877-486-2048">1-877-486-2048</a>.</p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p> |                   |
| <b>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$0               |
| <p>Pagamos los servicios de salud mental que requieren hospitalización.</p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |
| <b>Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$0               |
| <p>No pagamos su hospitalización si usó todo su beneficio de paciente internado o si la estadía no es razonable y médicamente necesaria.</p> <p>Sin embargo, en ciertas situaciones en las que la atención para pacientes internados no está cubierta, es posible que paguemos los servicios que reciba mientras esté en un hospital o centro de atención de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y, tal vez, otros servicios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios médicos</li> <li>• análisis de diagnóstico, como los análisis de laboratorio</li> </ul>                                                                                                                                                                                           |                   |
| Este beneficio continúa en la siguiente página.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [711](tel:1-866-600-2139)), 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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta (continuación)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos</li> <li>• vendajes quirúrgicos</li> <li>• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones</li> <li>• dispositivos ortésicos y protésicos, además de los dentales, incluidos la sustitución o reparación de dichos dispositivos Estos son dispositivos que reemplazan todo o una parte de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ un órgano interno del cuerpo (incluido tejido contiguo) •</li> <li>◦ la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal.</li> </ul> </li> <li>• dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en su afección</li> <li>• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional</li> </ul> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p> |                   |
| <b>Servicios y suministros para enfermedades renales</b><br><br>Pagamos los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes externos, incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el <b>Capítulo 3</b> de este <i>Manual para miembros</i>, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$0               |
| <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Servicios y suministros para enfermedades renales</b><br/>(continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es ingresado en el hospital como paciente internado para recibir atención especial.</li> <li>• Capacitación para diálisis, incluso capacitación para usted y para cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar.</li> <li>• Equipos y suministros para diálisis en su hogar.</li> <li>• Determinados servicios de apoyo a domicilio, como las visitas necesarias por parte de trabajadores capacitados para verificar cómo va con la diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua.</li> </ul> <p>La Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>                                                                               |                   |
| <p> <b>Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (LDCT)</b></p> <p>Nuestro plan paga por la prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tiene de 50 a 77 años; <b>y</b></li> <li>• asiste a una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor calificado, <b>y</b></li> <li>• ha fumado por lo menos un 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.</li> </ul> <p>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. Si el proveedor decide ofrecer una consulta de asesoramiento y toma de decisión compartida sobre la detección de cáncer de pulmón para pruebas de detección de cáncer de pulmón, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lo que usted paga                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Beneficio de comidas (después del alta)</b></p> <p>Después de que le den el alta de una estadía en un hospital de cuidados agudos para pacientes internados, hospital psiquiátrico para pacientes internados o centro de atención de enfermería especializada calificados, es posible que sea elegible para recibir un máximo de 28 comidas recién preparadas durante un período de 14 días. Estas comidas se proporcionan para ayudar con su recuperación o controlar sus afecciones de salud.</p> <p>Nos hemos asociado con nuestro proveedor autorizado NationsMarket™ para brindar este beneficio. Una vez que confirmemos su elegibilidad, NationsMarket se pondrá en contacto con usted para coordinar la entrega.</p> <p><b>Nota:</b> 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, siempre y cuando esté inscrito en el plan.</p> | <p>\$0</p> <p>Las comidas posteriores al alta deben proporcionarse a través de nuestro proveedor autorizado NationsMarket. Los servicios de entrega de comidas a través de otros proveedores no están cubiertos.</p> |
| <p> <b>Tratamiento médico nutricional</b></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> <p>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.</p>                               | <p>\$0</p>                                                                                                                                                                                                           |
| <p> <b>Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)</b></p> <p>Nuestro plan paga los servicios del MDPP para las personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarlo a mejorar el comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>\$0</p>                                                                                                                                                                                                           |
| <p><i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                      |



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lo que usted paga                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)</b><br><i>(continuación)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• cambios alimenticios a largo plazo, y</li> <li>• aumento de la actividad física, y</li> <li>• maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                    |
| <b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b><br><br>La Parte B de Medicare cubre estos medicamentos. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que no suele administrarse usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe los servicios del médico, del hospital o del centro quirúrgico ambulatorio.</li> <li>• Insulina administrada a través de un producto de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria).</li> <li>• Otros medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) que nuestro plan autorizó.</li> <li>• El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (genérico: Lecanemab), que se administra de forma intravenosa (IV). Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite tomografías y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento. Consulte a su médico qué tomografías y pruebas puede necesitar como parte del tratamiento.</li> <li>• Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.</li> <li>• Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre los tratamientos con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B en el momento en que obtenga los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.</li> <li>• Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Pagamos estos medicamentos si usted está confinada en el hogar, tiene una fractura ósea que el médico confirma que está relacionada con la osteoporosis</li> </ul> | \$0<br>Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. |
| <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                    |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> <i>(continuación)</i></p> <p>posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento por su cuenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona que se instruyó correctamente (que puede ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.</li> <li>Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales que usted toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). La Parte B puede cubrir nuevos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer a medida que estén disponibles. Si la Parte B no los cubre, la Parte D los cubre.</li> <li>Medicamentos orales para el tratamiento de las náuseas: Medicare cubre medicamentos orales para el tratamiento de las náuseas que usted utiliza como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes de la quimioterapia, a las 48 horas de quimioterapia o dentro de un plazo de 48 horas de quimioterapia, o que se utilizan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso para el tratamiento de las náuseas.</li> <li>Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare.</li> <li>Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de la ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar.</li> <li>Determinados medicamentos para diálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos.</li> <li>Fármacos estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mlcra® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta).</li> </ul> |                   |
| <p><i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.</li> <li>• Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y enteral).</li> </ul> <p>Este enlace lo dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a Tratamiento escalonado: <a href="https://www.aetna.com/PartB-Step">Aetna.com/PartB-Step</a>.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en la Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare.</p> <p>En el <b>Capítulo 5</b> de este <i>Manual para miembros</i>, se detallan nuestros beneficios de medicamentos. Se explican las normas que debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos.</p> <p>El <b>Capítulo 6</b> de este <i>Manual para miembros</i> explica lo que usted paga por los medicamentos a través de nuestro plan. <b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p> |                   |
| <p><b>Cuidado en un centro de atención de enfermería</b></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 siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• Tratamiento respiratorio.</li> <li>• 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).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$0               |
| <p><i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lo que usted paga |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Atención en un centro de atención de enfermería</b><br/> <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sangre (incluidos almacenamiento y administración)</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos, generalmente, administrados por centros de atención de enfermería.</li> <li>• Análisis de laboratorio que generalmente se realizan en centros de atención de enfermería.</li> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos, generalmente administrados por centros de atención de enfermería.</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionadas por los centros de atención de enfermería.</li> <li>• Servicios de médicos o profesionales.</li> <li>• Equipo médico duradero.</li> <li>• Servicios dentales, incluidos las dentaduras postizas.</li> <li>• Beneficios de la vista.</li> <li>• Exámenes auditivos.</li> <li>• Atención quiropráctica.</li> <li>• Servicios de podiatría.</li> </ul> <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"> <li>• 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).</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p> |                   |
| <p> <b>Prueba de detección de obesidad y tratamiento para mantener el peso bajo</b></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</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$0               |
| <p><i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Prueba de detección de obesidad y tratamiento para mantener el peso bajo</b> <i>(continuación)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |
| primaria. De esta manera, se puede administrar con su plan completo de prevención. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| <b>Servicios del programa de tratamiento por opioides (OTP)</b><br><br>Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar un trastorno por el consumo de opioides (OUD) a través de un OTP, que incluye los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de admisión</li> <li>• Evaluaciones periódicas</li> <li>• Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, administrar y brindarle estos medicamentos</li> <li>• Asesoramiento ante el consumo de sustancias</li> <li>• Tratamiento individual y grupal</li> <li>• Análisis para medicamentos o productos químicos en su cuerpo (pruebas de toxicología)</li> </ul> <b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b>                                                                                                                                                  | \$0               |
| <b>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</b><br><br>Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios no mencionados aquí: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> <li>• tratamiento de radiación (radio e isótopos), que incluye materiales de los técnicos y suministros</li> <li>• suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes</li> <li>• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones</li> <li>• Análisis de laboratorio.</li> <li>• sangre (incluidos almacenamiento y administración)</li> <li>• Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro proveedor de atención médica así las indique para tratar una afección médica.</li> </ul> | \$0               |
| <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Lo que usted paga |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</b> <i>(continuación)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos</li> </ul> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |
| <p><b>Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos</b></p> <p>Pagamos los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos para determinar si usted necesita que lo ingresen como paciente internado o si le pueden dar el alta.</p> <p>Los servicios deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se ofrecen a través de la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los reglamentos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital o pedir pruebas para pacientes externos.</p> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya escrito una orden de admisión como paciente internado en el hospital, usted es un paciente externo. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, pregúntele al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i> disponible en <a href="https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a>.</p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p> | \$0               |
| <p><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b></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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$0               |
| <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b><br><i>(continuación)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como cirugía o servicios de observación para pacientes externos.</li> <li>• Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados por el hospital</li> <li>• 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</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.</li> <li>• Suministros médicos como entablillados y yesos.</li> <li>• Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar.</li> </ul> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>                                                              |                   |
| <b>Atención de salud mental para pacientes externos</b><br><br>Pagamos por los servicios de salud mental proporcionados por los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un psiquiatra o médico autorizado por el estado</li> <li>• Un psicólogo clínico</li> <li>• Un asistente social clínico (CSW)</li> <li>• Un especialista en enfermería clínica (CNS)</li> <li>• Asesor profesional autorizado (LPC).</li> <li>• Terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT).</li> <li>• Profesional en enfermería (NP).</li> <li>• Auxiliar médico (PA).</li> <li>• Un asesor profesional clínico certificado (LPC)</li> <li>• Terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT).</li> <li>• Centros de salud mental comunitarios (CMHC)</li> <li>• Clínicas comunitarias certificadas de salud conductual (CCBHC)</li> <li>• Clínicas de salud conductual (BHC)</li> <li>• Hospitales</li> </ul> | \$0               |
| <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Lo que usted paga |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Atención de salud mental para pacientes externos</b><br/> <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínicas con tarifa por consulta, como centros de salud calificados a nivel federal (FQHC), <b>o bien</b></li> <li>• Cualquier otro profesional de salud mental calificado según Medicaid o Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable</li> </ul> <p>El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios de salud mental para pacientes externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios clínicos brindados bajo la supervisión de un médico.</li> <li>• Servicios de rehabilitación recomendados por un médico o un profesional autorizado de las artes curativas, como evaluación de salud mental, planificación del tratamiento, intervención en caso de crisis, terapia y administración de casos</li> <li>• Servicios de tratamiento diurno.</li> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes externos, como servicios Tipo A y Tipo B de opción clínica.</li> <li>• Los servicios específicos que puede proporcionar cada uno de los tipos de proveedores mencionadas anteriormente y los controles de utilización de estos servicios serán determinados por el plan, de conformidad con las leyes federales y estatales, y todas las políticas o acuerdos vigentes.</li> </ul> <p>El plan de salud cubrirá los servicios de Respuesta móvil en casos de crisis y Estabilización de crisis proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de salud mental comunitarios con certificación del estado para crisis, <b>o</b></li> <li>• Clínicas de salud conductual con certificación para crisis del estado, o</li> <li>• Clínicas comunitarias certificadas de salud conductual (CCBHC)</li> </ul> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p> |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</b></p> <p>Pagamos fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes externos de departamentos hospitalarios para pacientes externos, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) y otros centros.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$0               |
| <p><b>Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos</b></p> <p>Pagamos los siguientes servicios y, tal vez, otros servicios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pruebas de detección de consumo excesivo de alcohol y asesoramiento</li> <li>• tratamiento por abuso de medicamentos</li> <li>• asesoramiento individual o grupal por un clínico calificado</li> <li>• desintoxicación subaguda en un programa de adicción residencial</li> <li>• servicios de alcohol o medicamentos en un centro de tratamiento intensivo para pacientes externos</li> <li>• tratamiento de Naltrexona de liberación prolongada (vivitrol)</li> </ul> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p> | \$0               |
| <p><b>Cirugía para pacientes externos</b></p> <p>Pagamos por la cirugía y servicios para pacientes externos en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p><b>Nota:</b> Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.</p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>                                                                                                                   | \$0               |



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lo que usted paga                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Billetera de productos de venta libre (OTC)</b><br/> Usted recibe una billetera de productos de venta libre (OTC) con un monto mensual de beneficios (asignación) de \$234 en la tarjeta de beneficios adicionales de Aetna® Medicare para ayudarle a pagar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) aprobados, incluidos los medicamentos para las alergias, analgésicos, suministros de primeros auxilios y más. Este beneficio incluye ciertas terapias de reemplazo de la nicotina.</li> <li>• Los productos OTC pueden comprarse en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la tienda en sucursales participantes autorizadas, incluidas las sucursales minoristas de CVS® (a excepción de las sucursales dentro de otras tiendas)</li> <li>• A través de la aplicación CVS Flex Benefits™. La aplicación también se puede utilizar para localizar tiendas minoristas participantes autorizadas e identificar los productos cubiertos.</li> <li>• En línea en <a href="https://www.CVS.com/Aetna">CVS.com/Aetna</a></li> <li>• Por teléfono a través de CVS Flex Benefits al <b>1-844-428-8147 (TTY: 711)</b></li> </ul> </li> <li>• Algunos productos disponibles en línea o en la tienda pueden estar agotados ocasionalmente. Si se acerca la fecha de vencimiento de sus beneficios, asegúrese de usar sus fondos. Los saldos no utilizados no se transferirán. Planifique su asignación cuidadosamente, ya que no se otorgarán excepciones una vez que haya finalizado el período de beneficios.</li> </ul> <p>Su monto mensual de beneficios estará disponible en la tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare el primer día de cada mes. Asegúrese de usar el monto de beneficios completo todos los meses, ya que cualquier monto de beneficios no utilizado no se transferirá al mes siguiente ni al siguiente año del plan. No se harán excepciones para agregar fondos adicionales o sin usar a su tarjeta.</p> <p><b>Importante:</b> Todos los productos y servicios están sujetos a impuestos (según el estado). El saldo de su tarjeta se utilizará para cubrir los impuestos. Si no hay fondos suficientes en su tarjeta para cubrir el costo total de su compra, incluidos los impuestos, será su responsabilidad cubrir la diferencia con otra forma de pago. Para obtener más información sobre la tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare, consulte</p> | <p>\$0</p> <p>La billetera de OTC solo puede usarse para comprar productos OTC aprobados en tiendas minoristas participantes autorizadas y en línea, o en la aplicación, o por teléfono a través de nuestro proveedor autorizado CVS Flex Benefits™.</p> |
| Este beneficio continúa en la siguiente página.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                          |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139 (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Lo que usted paga                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Billetera de productos de venta libre (OTC)</b> <i>(continuación)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                           |
| la sección <b>Tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare</b> en el Capítulo 4.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos</b></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 que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o asesor profesional autorizado. Puede ayudarle a evitar hospitalizaciones.</p> <p>El <b>servicio intensivo para pacientes externos</b> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) suministrado como un servicio para pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio del médico, terapeuta, LMFT, o asesor profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p> | \$0                                                                                                                                                                                                       |
| <p><b>Sistema personal de respuesta para emergencias</b></p> <p>Cubrimos un sistema de respuesta personal para emergencias a través de nuestro proveedor autorizado, LifeStation, para brindarle acceso a ayuda en caso de emergencia, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Este beneficio incluye el equipo (en el hogar, móvil con GPS o reloj inteligente), envío, cumplimiento, monitoreo y servicio de atención al cliente. También están disponibles la detección de caídas opcional y una caja de seguridad a fin de facilitar la entrada en caso de emergencia. Para obtener más información, llame a su administrador de atención. O bien, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$0 por el sistema de respuesta personal ante emergencias a través de nuestro proveedor autorizado Lifestation. Los miembros acceden a este beneficio a través de la administración de atención de Aetna. |
| <p><b>Servicios de médicos o proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico</b></p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$0                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Servicios de médicos o proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico</b> <i>(continuación)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios brindados en lugares como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ consultorio médico</li> <li>◦ centro quirúrgico ambulatorio certificado</li> <li>◦ departamento hospitalario para pacientes externos</li> <li>◦ cualquier otra ubicación</li> </ul> </li> <li>• consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.</li> <li>• Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio administrados por su especialista, si el médico así los indica para averiguar si usted necesita tratamiento.</li> <li>• 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"> <li>◦ Servicios de proveedores de atención primaria</li> <li>◦ Servicios con médicos especialistas</li> <li>◦ Servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>◦ Servicios educativos sobre enfermedad renal</li> <li>◦ Servicios de salud mental (sesiones individuales)</li> <li>◦ Servicios de salud mental (sesiones grupales)</li> <li>◦ Servicios de terapia ocupacional</li> <li>◦ Servicios de tratamiento por opioides</li> <li>◦ Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos (sesiones individuales)</li> <li>◦ Servicios de abuso de sustancias para pacientes externos (sesiones grupales)</li> <li>◦ Servicios de fisioterapia y terapia del habla.</li> <li>◦ Servicios psiquiátricos (sesiones individuales)</li> <li>◦ Servicios psiquiátricos (sesiones grupales)</li> <li>◦ Servicios de urgencia</li> </ul> </li> <li>• Esta cobertura es complementaria a los servicios de telesalud que se describen a continuación. Para obtener más información sobre su cobertura adicional de telesalud, revise su Cobertura de telesalud de Aetna Medicare en <a href="https://www.aetna.com/telehealth">AetnaMedicare.com/Telehealth</a>.</li> </ul> |                   |
| <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Servicios de médicos o proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico</b> <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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 <a href="https://www.teladoc.com/Aetna">Teladoc.com/Aetna</a> o llamando al 1-855-TELADOC (<b>1-855-835-2362</b>) (TTY: <b>711</b>). Puede averiguar si las consultas por video de MinuteClinic están disponibles en su área en <a href="https://www.cvs.com/MinuteClinic/virtual-care/videovisit">CVS.com/MinuteClinic/virtual-care/videovisit</a>.</li> <li>• Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional de la salud, para miembros en ciertas áreas rurales y otros lugares aprobados por Medicare.</li> <li>• Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal (ESRD) para miembros que realizan diálisis en su hogar en un centro para diálisis renal de un hospital o de un hospital de acceso crítico, centro para diálisis renal o el hogar.</li> <li>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular</li> <li>• Servicios de telesalud para los miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de la ubicación.</li> <li>• Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental.</li> <li>• Servicios de telesalud para consultas de salud mental brindadas por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal.</li> </ul> |                   |
| Este beneficio continúa en la siguiente página.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Servicios de médicos o proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico</b> <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante cinco a diez minutos <b>si se cumple lo siguiente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted no es un paciente nuevo <b>y</b></li> <li>◦ El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos siete días <b>y</b></li> <li>◦ El control no requiere una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la cita disponible lo antes posible.</li> </ul> </li> <li>• 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 <b>en caso de que ocurra lo siguiente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted no es un paciente nuevo <b>y</b></li> <li>◦ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos siete días.</li> <li>◦ La evaluación no requiere una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la cita disponible lo antes posible.</li> </ul> </li> <li>• Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica si no es un paciente nuevo.</li> <li>• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes la cirugía.</li> </ul> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p> |                   |
| <p><b>Servicios de podiatría</b></p> <p>Nosotros pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos);</li> <li>• atención de rutina de los pies para los miembros que padecen afecciones que comprometen las piernas, como la diabetes.</li> </ul> <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de podiatría adicionales (no cubiertos por Medicare): Hasta seis consultas por año</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

|                                                                                     | <b>Servicio cubierto</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Lo que usted paga</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
|    | <p><b>Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH</b></p> <p>Si usted no tiene el VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determinan que tiene un mayor riesgo de contraerlo, cubrimos los medicamentos para la profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados.</p> <p>Si califica, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), incluido el costo por inyectar el medicamento, si corresponde.</li> <li>• Hasta ocho sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo del VIH, la reducción del riesgo del VIH y la adherencia a la medicación) cada 12 meses.</li> <li>• Hasta ocho pruebas de detección del VIH cada 12 meses.</li> <li>• Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez.</li> </ul> | \$0                      |
|  | <p><b>Pruebas de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>Para los hombres de 50 años o más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tacto rectal</li> <li>• análisis del antígeno prostático específico (PSA)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0                      |
|                                                                                     | <p><b>Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados</b></p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pruebas, adaptación o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos</li> <li>• bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía</li> <li>• marcapasos</li> <li>• ortodoncia</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$0                      |
|                                                                                     | <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados</b> <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zapatos protésicos</li> <li>• brazos y piernas artificiales</li> <li>• prótesis mamaria (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía)</li> </ul> <p>Pagamos algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos. También pagamos por la reparación o reemplazo de estos dispositivos.</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><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>                                                                                                                                       |                   |
| <p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$0               |
| <p> <b>Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C</b></p> <p>Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado solicita una y usted cumple una de estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Está en alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas.</li> <li>• Recibió una transfusión de sangre antes de 1992.</li> <li>• Nació entre 1945 y 1965.</li> </ul> <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si corre un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde que su anterior prueba de detección de hepatitis C dio negativo), cubrimos pruebas de detección anuales.</p> | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lo que usted paga |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  <p><b>Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento</b></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 presenciales 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 se deben brindar en un establecimiento de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>                                                                                                                                                                                             | \$0               |
| <p><b>Cuidado en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</b></p> <p>Para obtener una definición de cuidado en un centro de atención de enfermería especializada, consulte el <b>Capítulo 12</b>. Pagamos los siguientes servicios y, tal vez, otros servicios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería especializada.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• 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).</li> <li>• sangre (incluidos almacenamiento y administración)</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos brindados por SNF.</li> <li>• Análisis de laboratorio brindados por SNF.</li> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos administrados por centros de atención de enfermería</li> <li>• Aparatos, como sillas de ruedas, generalmente administrados por centros de atención de enfermería.</li> <li>• Servicios de médicos o proveedores.</li> </ul> | \$0               |
| Este beneficio continúa en la siguiente página.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Cuidado en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) <i>(continuación)</i></b></p> <p>Por lo general, recibe cuidado en un SNF en los centros de la red. En determinadas condiciones, 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"> <li>• 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).</li> <li>• Un centro de atención de enfermería donde su cónyuge o pareja doméstica vive en el momento en que usted se retira del hospital.</li> </ul> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |
| <p> <b>Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco</b></p> <p>El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes externos y hospitalizados que cumplan los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumen tabaco, independientemente de si tienen signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco.</li> <li>• Son competentes y están alerta durante el asesoramiento.</li> <li>• Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare ofrece asesoramiento.</li> </ul> <p>Cubrimos dos intentos de abandono por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con hasta ocho sesiones por año).</p> <p>Si consume tabaco, no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco y desea o necesita dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul> | \$0               |
| <p><i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Lo que usted paga                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco</b><br/>(continuación)</p> <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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul> <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesiones adicionales de asesoramiento individuales y grupales, presenciales, intermedias e intensivas (no cubiertas por Medicare): Consultas ilimitadas todos los años.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                               |
| <p><b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</b></p> <p><b>Beneficios complementarios especiales</b><br/>Nuestro plan ofrece beneficios adicionales a los miembros con afecciones crónicas calificadas que cumplen todos los demás criterios. La siguiente información describe los criterios de elegibilidad y el proceso para verificar la elegibilidad.</p> <p><b>Calificaciones para elegibilidad:</b><br/>Si se le diagnostica una o más de las afecciones crónicas indicadas a continuación y cumple con todos los demás criterios, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales en virtud de nuestro plan a fin de ayudar a controlar su salud y bienestar generales.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le deben diagnosticar una o más de las afecciones crónicas calificadas que se enumeran a continuación‡</li> <li>2. Tiene un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud.</li> <li>3. Requiere coordinación de cuidados intensivos.</li> </ol> <p>‡Afecciones crónicas que califican:</p> | <p>\$0</p> <p>La billetera de apoyo adicional solo puede usarse en tiendas minoristas participantes autorizadas y en línea o por teléfono a través de CVS Flex Benefits™.</p> |
| <p><i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                               |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</b> <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia</li> <li>• Los trastornos autoinmunitarios se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Dermatomiositis</li> <li>◦ Panarteritis nodosa</li> <li>◦ Polimialgia reumática</li> <li>◦ Polimiositis</li> <li>◦ Psoriasis</li> <li>◦ Artritis psoriásica</li> <li>◦ Artritis reumatoidea</li> <li>◦ Esclerodermia</li> <li>◦ Lupus eritematoso sistémico</li> </ul> </li> <li>• Cáncer</li> <li>• Los trastornos cardiovasculares se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Arritmias cardíacas</li> <li>◦ Arteriopatía coronaria</li> <li>◦ Enfermedad vascular periférica</li> <li>◦ Enfermedad cardíaca valvular</li> </ul> </li> <li>• Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUDS)</li> <li>• Las afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes se limitan a las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Trastornos de ansiedad</li> <li>◦ Trastornos bipolares</li> <li>◦ Trastornos alimentarios</li> <li>◦ Trastornos depresivos graves</li> <li>◦ Trastorno paranoide</li> <li>◦ Trastorno por estrés postraumático (PTSD)</li> <li>◦ Esquizofrenia</li> <li>◦ Trastorno esquizoafectivo</li> </ul> </li> <li>• Afecciones crónicas que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato</li> <li>• La enfermedad gastrointestinal crónica se limita a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Enfermedad hepática crónica</li> <li>◦ Hepatitis B</li> </ul> </li> </ul> |                   |
| Este beneficio continúa en la siguiente página.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</b> <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hepatitis C</li> <li>◦ Síndrome del intestino irritable</li> <li>◦ Enfermedad inflamatoria intestinal</li> <li>◦ Enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD)</li> <li>◦ Pancreatitis</li> <li>• Insuficiencia cardíaca crónica</li> <li>• Hiperlipidemia crónica</li> <li>• Hipertensión crónica</li> <li>• La enfermedad renal crónica (CKD) se limita a lo siguiente:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ CKD que no requiere diálisis</li> <li>◦ CKD que requiere diálisis/enfermedad renal terminal (ESRD)</li> </ul> </li> <li>• Los trastornos pulmonares crónicos se limitan a los siguientes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Asma</li> <li>◦ Bronquitis crónica</li> <li>◦ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)</li> <li>◦ Fibrosis quística</li> <li>◦ Enfisema</li> <li>◦ Fibrosis pulmonar</li> <li>◦ Hipertensión pulmonar</li> </ul> </li> <li>• Dolor crónico</li> <li>• Las afecciones asociadas con la discapacidad cognitiva se limitan a lo siguiente:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Enfermedad de Alzheimer</li> <li>◦ Enfermedad mental incapacitante asociada con discapacidades cognitivas</li> <li>◦ Discapacidades intelectuales y del desarrollo</li> <li>◦ Discapacidad cognitiva leve</li> <li>◦ Lesiones cerebrales traumáticas</li> </ul> </li> <li>• Afecciones que requieren servicios de tratamiento continuo para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento</li> <li>• Afecciones con desafíos funcionales y que requieren servicios similares, incluidas las siguientes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Artritis</li> </ul> </li> </ul> |                   |
| Este beneficio continúa en la siguiente página.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Lo que usted paga |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</b> <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Pérdida de extremidades</li> <li>◦ Parálisis</li> <li>◦ Lesiones de la médula espinal</li> <li>◦ Accidente cerebrovascular</li> <li>• Demencia</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• VIH/SIDA</li> <li>• Inmunodeficiencias y trastornos inmunosupresores</li> <li>• Los trastornos neurológicos se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)</li> <li>◦ Síndrome de fatiga crónica</li> <li>◦ Epilepsia</li> <li>◦ Parálisis extendida (es decir, hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía)</li> <li>◦ Fibromialgia</li> <li>◦ Enfermedad de Huntington</li> <li>◦ Esclerosis múltiple (MS)</li> <li>◦ Enfermedad de Parkinson</li> <li>◦ Polineuropatía</li> <li>◦ Lesiones de la médula espinal</li> <li>◦ Estenosis espinal</li> <li>◦ Déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular</li> </ul> </li> <li>• Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico</li> <li>• Atención posterior al trasplante de órganos</li> <li>• Los trastornos hematológicos graves se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Anemia aplásica</li> <li>◦ Trastorno tromboembólico venoso crónico</li> <li>◦ Hemofilia</li> <li>◦ Púrpura trombocitopénica inmunitaria</li> <li>◦ Síndrome mielodisplásico</li> <li>◦ Anemia drepanocítica (excepto el rasgo falciforme)</li> </ul> </li> <li>• Accidente cerebrovascular</li> </ul> |                   |
| Este beneficio continúa en la siguiente página.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Lo que usted paga |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</b> <i>(continuación)</i></p> <p>La elegibilidad se determinará en función de sus reclamaciones médicas y farmacéuticas, y otra información clínica. Esta información debe respaldar una expectativa razonable de que el beneficio ayudará a mantener o mejorar su salud o función general.</p> <p>También puede pedirle a su proveedor que envíe un formulario de certificación de proveedores firmado que confirme que cumple con todas las calificaciones para elegibilidad. Si necesita un formulario de certificación de proveedores, llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en la parte inferior de esta página. La inscripción en el plan no garantiza la elegibilidad. Después de que cumpla las calificaciones para elegibilidad mencionadas anteriormente, recibirá beneficios complementarios especiales. Sin embargo, no recibirá beneficios por ningún período anterior a la fecha en que se determinó su elegibilidad.</p> <p>Si tiene preguntas sobre las calificaciones para elegibilidad para recibir este beneficio, visite <a href="http://aet.na/ILQualify">aet.na/ILQualify</a>.</p> <p>También puede comunicarse con su coordinador de atención al <b>1-866-600-2139 (TTY: 711)</b> de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes; esta persona lo ayudará a determinar su elegibilidad.</p> <p><b>Beneficio:</b><br/> <b>Billetera de apoyo adicional</b><br/> Si califica, el monto mensual de beneficios de \$234 en la billetera de productos de venta libre (OTC) cambiará a la billetera de apoyos adicionales con categorías de gastos adicionales. Los miembros calificados pueden usar esta billetera para ayudar a pagar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos saludables, como carne, productos agrícolas, lácteos y más. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Los alimentos saludables aprobados pueden comprarse en la tienda en comercios minoristas participantes autorizados y en línea en <a href="http://CVS.com/Aetna">CVS.com/Aetna</a>, a través de la aplicación CVS Flex Benefits™ y por teléfono al <b>1-844-428-8147 (TTY: 711)</b>.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i></p> |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139 (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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Lo que usted paga |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</b> <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Algunos ejemplos de productos que no son elegibles son tabaco, alcohol, caramelos, refrescos y productos no alimenticios.</li> <li>• Productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) aprobados, incluidos los medicamentos para las alergias, analgésicos, suministros de primeros auxilios y más. Este beneficio incluye ciertas terapias de reemplazo de la nicotina. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Los productos OTC aprobados pueden comprarse en la tienda en comercios minoristas participantes autorizados, incluidas las sucursales minoristas de CVS® (a excepción de las sucursales dentro de otras tiendas), y en línea en <a href="https://www.CVS.com/Aetna">CVS.com/Aetna</a>, a través de la aplicación CVS Flex Benefits y por teléfono al <b>1-844-428-8147</b> (TTY: <b>711</b>).</li> </ul> </li> <li>• Servicios de transporte, incluidos gasolina en el surtidor, transporte público y determinados servicios de viajes compartidos. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ La gasolina debe comprarse en el surtidor deslizando la tarjeta y seleccionando el crédito como el tipo de pago.</li> <li>◦ La tarjeta no puede utilizarse para comprar gasolina o productos en el interior de una tienda en la gasolinera.</li> <li>◦ Las compras de combustible están sujetas a retenciones y los fondos pueden no estar disponibles mientras se procesa esa transacción.</li> <li>◦ Para los servicios de viajes compartidos, como Uber y Lyft, deberá descargar la aplicación correspondiente y agregar la tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare como su tipo de pago.</li> </ul> </li> <li>• Servicios públicos, incluidos gas, electricidad, agua, cloacas, teléfono fijo y celular, y servicio de Internet. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ El proveedor de servicios públicos debe aceptar Visa® y ser un proveedor de servicios públicos reconocido. Los gastos de servicios públicos deben pagarse directamente al proveedor usando la tarjeta. <b>Nota:</b> No todos los proveedores de servicios públicos aceptan la tarjeta de beneficios adicionales.</li> </ul> </li> </ul> |                   |
| Este beneficio continúa en la siguiente página.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lo que usted paga |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</b> <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Productos de atención personal, incluidas toallas de papel, champú, jabón y más.             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Los productos de atención personal aprobados pueden comprarse en la tienda en comercios minoristas participantes, incluidas las sucursales minoristas de CVS® (a excepción de las sucursales dentro de otras tiendas), y en línea en <a href="https://www.CVS.com/Aetna">CVS.com/Aetna</a> por medio de la aplicación de CVS Flex Benefits o por teléfono al <a href="tel:1-844-428-8147">1-844-428-8147</a> (TTY: <a href="tel:711">711</a>).</li> </ul> </li> </ul> <p>La elegibilidad para recibir esta billetera debe determinarse antes del día 15 del mes para recibir el monto de beneficios para ese mes. Si la elegibilidad se determina después del día 15 del mes, el monto de beneficios estará disponible el mes siguiente. De ahí en adelante para cada mes que sea elegible, el monto mensual de beneficios estará disponible en la tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare el primer día de cada mes.</p> <p>Asegúrese de usar el monto de beneficios completo todos los meses, ya que cualquier monto de beneficios no utilizado no se transferirá al mes siguiente ni al siguiente año del plan. No se harán excepciones para agregar fondos adicionales o sin usar a su tarjeta.</p> <p><b>Importante:</b> Aetna no es responsable de los cargos asociados con los pagos de servicios atrasados. Todos los productos y servicios están sujetos a impuestos (según el estado). El saldo de su tarjeta se utilizará para cubrir los impuestos. Si no hay fondos suficientes en su tarjeta para cubrir el costo total de su compra, incluidos los impuestos, será su responsabilidad cubrir la diferencia con otra forma de pago. Para obtener más información sobre la tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare, consulte la sección <b>Tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare</b> en el Capítulo 4.</p> <p>Si utiliza este programa para pagar el alquiler o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) exige que se declare como ingreso si busca ayuda. Comuníquese con su oficina local del HUD si tiene preguntas.</p> |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [711](tel: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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Servicios para trastornos por consumo de sustancias</b></p> <p>El plan cubrirá los servicios de abuso de sustancias proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un centro de abuso de sustancias autorizado por el estado, <b>o bien</b></li> <li>• Hospitales</li> </ul> <p>El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios para trastornos por consumo de sustancias médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios para pacientes externos (grupales o individuales), como evaluación, terapia, control de medicamentos y evaluación psiquiátrica.</li> <li>• Tratamiento asistido por medicamentos (Medication Assisted Treatment, MAT) para la dependencia opiode, como la solicitud y administración de metadona, la administración del plan de atención y la coordinación de otros servicios para trastornos por consumo de sustancias.</li> <li>• Servicios intensivos para pacientes externos (grupales o individuales).</li> <li>• Servicios de desintoxicación, <b>y</b></li> <li>• Algunos servicios residenciales, como servicios de rehabilitación a corto plazo.</li> </ul> | <p>\$0</p>        |
| <p><b>Tratamiento de ejercicios supervisados (SET)</b></p> <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"> <li>• Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET.</li> <li>• 36 sesiones adicionales con el tiempo si el proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</li> </ul> <p>El programa de SET debe ser:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>\$0</p>        |
| <p><i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lo que usted paga |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Tratamiento de ejercicios supervisados (SET)</b> <i>(continuación)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• En un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio médico.</li> <li>• Brindado por personal calificado que se asegure de que el beneficio supere los daños y que esté capacitado en tratamiento de ejercicios para PAD.</li> <li>• Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico (PA) o profesional en enfermería (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS) capacitado tanto en técnicas de reanimación básicas como avanzadas.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |
| <p><b>Servicios de transporte (para casos que no sean de emergencia)</b></p> <p>Los viajes se proporcionan tanto de ida como de vuelta a los lugares aprobados por el plan, incluidos los consultorios médicos y los centros de atención de urgencia.</p> <p>Para programar, cambiar o cancelar un viaje, simplemente llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al <b>1-866-600-2139</b> (TTY: <b>711</b>) de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Los viajes deben programarse al menos 48 horas (sin incluir los fines de semana y días feriados) antes del horario de recogida y se pueden cancelar hasta un día hábil antes del horario de recogida. Si necesita cambiar un viaje programado, este cambio debe solicitarse al menos 48 horas (sin incluir fines de semana y días feriados) antes de la hora de recogida requerida. Un representante programará su viaje a través de un servicio de transporte (como un taxi o una camioneta de transporte) o un servicio de autos compartidos (como Uber o Lyft).</p> <p><b>Importante:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asegúrese de programar un viaje tanto de ida como de vuelta a su destino. Esto se tendrá en cuenta como dos viajes, uno de ida y otro de vuelta.</li> </ol> | \$0               |
| <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Servicios de transporte (para casos que no sean de emergencia)</b> <i>(continuación)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |
| <p>2. Usted es responsable de estar listo cuando llegue el conductor.</p> <p>3. Los conductores no son responsables de asistirle de la puerta de casa al vehículo, o del vehículo a la puerta del lugar. Si necesita ayuda, puede llevar un acompañante (miembro de la familia o el cuidador) con usted.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |
| <p><b>Atención de urgencia</b></p> <p>La atención de urgencia se brinda para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una atención médica inmediata que no sea de emergencia; ●</li> <li>• una enfermedad imprevista, ●</li> <li>• una lesión; ●</li> <li>• Una afección que necesita atención de inmediato.</li> </ul> <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 debido a sus horarios, su ubicación y sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener este servicio 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"> <li>• Atención de urgencia (en todo el mundo)</li> </ul> <p>Beneficio máximo anual de \$250,000 para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Es posible que deba pagarle al proveedor en el momento de la prestación del servicio y enviar una solicitud de reembolso. Se le reembolsará hasta alcanzar el monto anual máximo de beneficios menos cualquier copago o costo compartido aplicable.</p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Lo que usted paga |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  <p><b>Atención de la vista</b><br/>Pagamos los servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de la vista. Por ejemplo, el 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 incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• personas con antecedentes familiares de glaucoma</li> <li>• personas con diabetes</li> <li>• Afroamericanos de 50 años o más.</li> <li>• Hispanoamericanos de 65 años o más</li> </ul> <p>Para las personas con diabetes, pagamos una prueba de detección de retinopatía diabética por año.</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>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de seguimiento de la vista relacionado con la diabetes</li> <li>• Examen de la vista de rutina no cubierto por Medicare, incluida la refracción: Un examen por año.</li> </ul> <p>Con este plan, usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$200 por año para anteojos recetados, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentes de contacto</li> <li>• Anteojos, incluidos lentes y monturas</li> <li>• Lentes de anteojos</li> </ul> | \$0               |
| <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Lo que usted paga |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Atención de la vista</b> <i>(continuación)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monturas de anteojos</li> <li>• Mejoras (incluidos la protección UV y el revestimiento contra rayones)</li> </ul> <p>Nos hemos unido a March Vision para brindarle este beneficio. Debe consultar a un proveedor de March Vision para usar el monto de beneficios. Su monto de beneficios se aplica en el momento de la compra. Si elige unos anteojos que cuesten más que el monto de beneficios, deberá pagar la diferencia. Para encontrar un proveedor, puede buscar en el directorio de proveedores en línea en <a href="http://marchvisioncare.com">marchvisioncare.com</a> o llamar al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro.</p>                                                       |                   |
|  <b>Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</b> <p>Cubrimos la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una revisión de su salud,</li> <li>• Educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas pruebas de detección y vacunas).</li> <li>• Remisiones por otro tipo de atención, si la necesita.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> 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> | \$0               |
| <b>Pelucas debido a la pérdida de cabello relacionada con la quimioterapia</b> <p>Obtiene un monto de beneficios (asignación) de \$400 cada año para pelucas cubiertas necesarias para la pérdida del cabello debido a la quimioterapia. Para obtener ayuda para comprar una peluca, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro para hablar con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0               |

**Programa de beneficios dentales  
de DentaQuest Enhanced IL para 2027**

Nuestro plan se asoció con DentaQuest Dental para proporcionarle los beneficios dentales. Tenga en



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

cuenta que algunos servicios requieren revisión clínica para obtener la autorización previa al tratamiento. Estos servicios se revisan clínicamente para determinar si se indican y son apropiados según las normas de la industria y si cumplen con las pautas y los criterios clínicos de DentaQuest. No se cubrirá ningún tratamiento que, según la opinión del director dental de DentaQuest, no sea necesario o que no cumpla los criterios del plan. Si se deniega la autorización previa, el servicio no estará cubierto y usted será responsable de todos los costos relacionados. Los procedimientos dentales por motivos cosméticos o estéticos no están cubiertos. La cobertura se encuentra limitada a los servicios mencionados en el Programa de beneficios. Si un servicio no está especificado en esa lista, quiere decir que no está incluido y no tiene cobertura. Para encontrar un proveedor de la red, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de DentaQuest al **1-800-416-9185 (TTY: 711)** o buscar en el directorio de proveedores de DentaQuest en línea en <https://www.dentaquest.com/en/find-a-dentist>. Se recomienda que trabaje con su dentista dentro de la red para comprobar la cobertura de los beneficios antes de obtener servicios dentales. Si elige usar un proveedor fuera de la red, los servicios que reciba no tendrán cobertura. Las limitaciones y exclusiones adicionales se detallan a continuación del Programa de beneficios.

**Beneficio máximo anual de \$3,000  
Deducible de \$0**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                             | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                                                                     | <b>Se requiere documentación</b>                                          |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| D0120             | evaluación bucal periódica (paciente regular)                                              | \$0                          | No                                     | Uno de (D0120, D0150) por 12 meses, por paciente.                                                     |                                                                           |
| D0140             | evaluación bucal limitada (problema específico)                                            | \$0                          | No                                     | Uno de (D0140, D9110) por día por entidad.                                                            | Descripción de la emergencia y los servicios prestados con la reclamación |
| D0145             | evaluación bucal para un paciente menor de tres años y asesoramiento al cuidador principal | \$0                          | No                                     |                                                                                                       |                                                                           |
| D0150             | evaluación bucal integral (paciente nuevo o regular)                                       | \$0                          | No                                     | No se cubre con D9110 en la misma fecha del servicio. Uno de D0120, D0150 por 12 meses, por paciente. |                                                                           |
| D0160             | evaluación bucal detallada y exhaustiva (problema específico, según informe)               | \$0                          | No                                     |                                                                                                       |                                                                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139 (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                                       | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                               | Se requiere documentación |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------|
| D0170      | reevaluación: Limitada, problema específico (paciente regular, no consulta posoperatoria)                     | \$0                   | No                              |                                                          |                           |
| D0171      | reevaluación (consulta posoperatoria en el consultorio)                                                       | \$0                   | No                              |                                                          |                           |
| D0180      | evaluación periodontal integral (paciente nuevo o establecido)                                                | \$0                   | No                              |                                                          |                           |
| D0190      | examen de un paciente                                                                                         | \$0                   | No                              |                                                          |                           |
| D0191      | evaluación de un paciente                                                                                     | \$0                   | No                              |                                                          |                           |
| D0210      | intrabucal, serie integral de radiografías                                                                    | \$0                   | No                              | Uno de (D0210, D0277, D0330) por 36 meses, por paciente. |                           |
| D0220      | intrabucal (primera radiografía periapical)                                                                   | \$0                   | No                              | Uno de (D0220) por día, por entidad.                     |                           |
| D0230      | intrabucal (cada radiografía periapical adicional)                                                            | \$0                   | No                              |                                                          |                           |
| D0240      | intrabucal (radiografía oclusal)                                                                              | \$0                   | No                              |                                                          |                           |
| D0250      | extrabucal (radiografía con proyección en 2D creada con el uso de una fuente de radiación fija y un detector) | \$0                   | No                              |                                                          |                           |
| D0251      | extrabucal (radiografía dental posterior)                                                                     | \$0                   | No                              |                                                          |                           |
| D0270      | aleta de mordida (una sola radiografía)                                                                       | \$0                   | No                              |                                                          |                           |
| D0272      | aleta de mordida (dos radiografías)                                                                           | \$0                   | No                              | Uno de (D0272, D0274) por 12 meses, por entidad.         |                           |
| D0273      | aleta de mordida (tres radiografías)                                                                          | \$0                   | No                              | Un conjunto de D0273 o D0373 por año calendario.         |                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                                                                            | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                        | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------|
| D0274             | aleta de mordida (cuatro radiografías)                                                                                                    | \$0                          | No                                     | Uno de (D0272, D0274) por 12 meses, por entidad.         |                                  |
| D0277             | aleta de mordida vertical (de 7 a 8 radiografías)                                                                                         | \$0                          | No                                     | Uno de (D0210, D0277, D0330) por 36 meses, por paciente. |                                  |
| D0310             | sialografía                                                                                                                               | \$0                          | No                                     |                                                          |                                  |
| D0320             | artrografía de la articulación temporomandibular (con inyección)                                                                          | \$0                          | No                                     |                                                          |                                  |
| D0321             | otras radiografías de la articulación temporomandibular (según informe)                                                                   | \$0                          | No                                     |                                                          |                                  |
| D0322             | estudio tomográfico                                                                                                                       | \$0                          | No                                     |                                                          |                                  |
| D0330             | radiografía panorámica                                                                                                                    | \$0                          | No                                     | Uno de (D0210, D0277, D0330) por 36 meses, por paciente. |                                  |
| D0340             | radiografía cefalométrica en 2D (adquisición, medición y análisis)                                                                        | \$0                          | No                                     |                                                          |                                  |
| D0350             | imágenes bucales/faciales en 2D (obtenidas de forma intrabucal/extrabucal)                                                                | \$0                          | No                                     |                                                          |                                  |
| D0364             | captura e interpretación de tomografía computada (CT) de haz cónico (con campo limitado de visión más pequeño que una mandíbula completa) | \$0                          | No                                     |                                                          |                                  |
| D0365             | captura e interpretación de CT de haz cónico, con campo de visión de un arco dental completo (la mandíbula)                               | \$0                          | No                                     |                                                          |                                  |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                                                                    | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                       | Se requiere documentación |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------|
| D0366      | captura e interpretación de CT de haz cónico, con campo de visión de un arco dental completo (el maxilar superior), con o sin el cráneo    | \$0                   | No                              |                                                  |                           |
| D0367      | captura e interpretación de CT de haz cónico (con campo de visión de ambas mandíbulas, con o sin el cráneo)                                | \$0                   | No                              |                                                  |                           |
| D0368      | captura e interpretación de CT de haz cónico (para serie de TMJ, incluidas dos o más exposiciones)                                         | \$0                   | No                              |                                                  |                           |
| D0369      | captura e interpretación de resonancia magnética (MRI) maxilofacial                                                                        | \$0                   | No                              |                                                  |                           |
| D0370      | ecografía maxilofacial (captura e interpretación)                                                                                          | \$0                   | No                              |                                                  |                           |
| D0371      | sialoendoscopia (captura e interpretación)                                                                                                 | \$0                   | No                              |                                                  |                           |
| D0372      | tomosíntesis intrabucal (serie integral de radiografías)                                                                                   | \$0                   | No                              | Una vez cada 3 años                              |                           |
| D0373      | tomosíntesis intrabucal (radiografía de aleta de mordida)                                                                                  | \$0                   | No                              | Un conjunto de D0273 o D0373 por año calendario. |                           |
| D0374      | tomosíntesis intrabucal (radiografía periapical)                                                                                           | \$0                   | No                              |                                                  |                           |
| D0380      | captura e interpretación de tomografía computada (CT) de haz cónico (con campo limitado de visión, más pequeño que una mandíbula completa) | \$0                   | No                              |                                                  |                           |
| D0381      | captura de CT de haz cónico, con campo de visión de un arco dental completo (la mandíbula)                                                 | \$0                   | No                              |                                                  |                           |
| D0382      | captura de CT de haz cónico, con campo de visión de un arco dental completo (el maxilar, con o sin el cráneo)                              | \$0                   | No                              |                                                  |                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                                                                 | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-------------------|----------------------------------|
| D0383             | captura de CT de haz cónico (con campo de visión de ambas mandíbulas, con o sin el cráneo)                                     | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0384             | captura de CT de haz cónico (para serie de TMJ, incluidas dos o más exposiciones)                                              | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0385             | captura de MRI maxilofacial                                                                                                    | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0386             | captura de ecografía maxilofacial                                                                                              | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0387             | tomosíntesis intrabucal (serie integral de radiografías, solo captura)                                                         | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0388             | tomosíntesis intrabucal (radiografía de aleta de mordida, solo captura)                                                        | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0389             | tomosíntesis intrabucal (radiografía periapical, solo captura)                                                                 | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0391             | interpretación de imagen de diagnóstico por parte de un profesional no relacionado con la captura de la imagen, más un informe | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0393             | simulación de tratamiento virtual mediante escaneo de superficie o volumen de imágenes en 3D                                   | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0394             | sustracción digital de dos o más imágenes o volúmenes de imagen de la misma modalidad                                          | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0395             | fusión de dos o más volúmenes de imagen 3D de una o más modalidades                                                            | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0396             | impresión en 3D de un escaneo 3D de superficie dental                                                                          | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0411             | prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c) realizada en un consultorio                                                          | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0412             | prueba de nivel de glucosa en sangre: En un consultorio con un medidor de glucosa                                              | \$0                          | No                                     |                   |                                  |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                                                                                                               | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia | Se requiere documentación |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------|---------------------------|
| D0414      | procesamiento en laboratorio de muestras microbianas, que incluye estudios de cultivo y sensibilidad, y preparación y transmisión de informe escrito                                  | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0415      | recolección de microorganismos para cultivo y sensibilidad                                                                                                                            | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0416      | cultivo viral                                                                                                                                                                         | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0417      | recolección y preparación de muestra de saliva para análisis de laboratorio                                                                                                           | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0418      | análisis de la muestra de saliva (laboratorio)                                                                                                                                        | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0419      | evaluación del flujo salival por medición                                                                                                                                             | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0422      | recolección y preparación de material de muestra genética para análisis de laboratorio e informe                                                                                      | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0423      | análisis de material de muestra genética para la susceptibilidad a enfermedades, laboratorio                                                                                          | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0425      | pruebas de susceptibilidad a caries                                                                                                                                                   | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0431      | prueba complementaria de prediagnóstico que ayuda a detectar anomalías de la mucosa, incluidas las lesiones malignas y premalignas, excepto los procedimientos de citología o biopsia | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0460      | pruebas de vitalidad pulpar                                                                                                                                                           | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0470      | moldes de diagnóstico                                                                                                                                                                 | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0472      | toma de muestra de tejido, examen macroscópico, preparación y transmisión de informe escrito                                                                                          | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0473      | toma de muestra de tejido, examen macroscópico y microscópico, preparación y transmisión de informe escrito                                                                           | \$0                   | No                              |            |                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                                                                                                                                           | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-------------------|----------------------------------|
| D0474             | toma de muestra de tejido, incluida la evaluación de los márgenes quirúrgicos para detectar la presencia de enfermedad, examen macroscópico y microscópico, preparación y transmisión de informe escrito | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0475             | procedimiento de descalcificación                                                                                                                                                                        | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0476             | coloraciones especiales para microorganismos                                                                                                                                                             | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0477             | coloración especial (no para microorganismos)                                                                                                                                                            | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0478             | coloraciones para inmunohistoquímica                                                                                                                                                                     | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0479             | hibridación in situ de tejidos (con interpretación)                                                                                                                                                      | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0480             | toma de muestras de secreciones citológicas exfoliativas, examen microscópico, preparación y transmisión de informe escrito                                                                              | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0481             | microscopia electrónica                                                                                                                                                                                  | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0482             | inmunofluorescencia directa                                                                                                                                                                              | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0483             | inmunofluorescencia indirecta                                                                                                                                                                            | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0484             | consulta de láminas preparadas en otro sitio                                                                                                                                                             | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0485             | consultas, incluida la preparación de láminas a partir de material de biopsia suministrado por la fuente de remisión                                                                                     | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0486             | toma de muestra de laboratorio citológica transepitelial, examen microscópico, preparación y transmisión de informe escrito                                                                              | \$0                          | No                                     |                   |                                  |
| D0502             | otros procedimientos patológicos bucales (según informe)                                                                                                                                                 | \$0                          | No                                     |                   |                                  |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                                                                                 | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia | Se requiere documentación |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------|---------------------------|
| D0600      | procedimiento de diagnóstico no ionizante capaz de cuantificar, controlar y registrar los cambios en la estructura del esmalte, la dentina y el cemento | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0601      | evaluación y documentación de riesgo de caries, con un resultado de bajo riesgo                                                                         | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0602      | evaluación y documentación de riesgo de caries, con un resultado de riesgo moderado                                                                     | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0603      | evaluación y documentación de riesgo de caries, con un resultado de alto riesgo                                                                         | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0604      | análisis de antígenos para un patógeno relacionado con la salud pública, incluido el coronavirus                                                        | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0605      | análisis de antígenos para un patógeno relacionado con la salud pública, incluido el coronavirus                                                        | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0701      | solo captura de radiografía panorámica                                                                                                                  | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0702      | solo captura de radiografía cefalométrica en 2D                                                                                                         | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0703      | imágenes bucales/faciales en 2D obtenidas de forma intrabucal o extrabucal (solo captura)                                                               | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0705      | extrabucal (radiografía dental posterior, solo captura)                                                                                                 | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0706      | intrabucal (radiografía oclusal, solo captura)                                                                                                          | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0707      | intrabucal (radiografía periapical, solo captura)                                                                                                       | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0708      | intrabucal (radiografía de aleta de mordida, solo captura)                                                                                              | \$0                   | No                              |            |                           |
| D0709      | intrabucal (serie integral de radiografías, solo captura)                                                                                               | \$0                   | No                              |            |                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                             | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                       | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------|
| D0801             | escaneo de superficie intrabucal en 3D (directo)                                           | \$0                          | No                                     |                                                         |                                  |
| D0802             | escaneo de superficie dental en 3D (indirecto)                                             | \$0                          | No                                     |                                                         |                                  |
| D0803             | escaneo de superficie facial en 3D (directo)                                               | \$0                          | No                                     |                                                         |                                  |
| D0804             | escaneo de superficie facial en 3D (indirecto)                                             | \$0                          | No                                     |                                                         |                                  |
| D1110             | profilaxis (adultos)                                                                       | \$0                          | No                                     | Uno de (D1110, D4355, D4910) por 12 meses por paciente. |                                  |
| D1120             | profilaxis (niños)                                                                         | \$0                          | No                                     |                                                         |                                  |
| D1206             | aplicación tópica de medicamento con flúor (sin barniz); boca completa                     | \$0                          | No                                     | Uno de (D1206, D1208, D1209) por 6 meses por paciente.  |                                  |
| D1208             | aplicación tópica de flúor (sin barniz)                                                    | \$0                          | No                                     | Uno de (D1206, D1208, D1209) por 6 meses por paciente.  |                                  |
| D1209             | aplicación tópica de medicamento preventivo para caries sin flúor; boca completa           | \$0                          | No                                     | Uno de (D1206, D1208, D1209) por 6 meses por paciente.  |                                  |
| D1301             | asesoramiento sobre vacunas                                                                | \$0                          | No                                     |                                                         |                                  |
| D1310             | asesoramiento nutricional para el control de las enfermedades dentales                     | \$0                          | No                                     |                                                         |                                  |
| D1320             | asesoramiento sobre consumo de tabaco para el control y prevención de enfermedades bucales | \$0                          | No                                     |                                                         |                                  |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                                                                                         | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                                                                                                                              | Se requiere documentación |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| D1321      | asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos para la salud bucal, conductual y sistémica asociados al consumo de sustancias de alto riesgo | \$0                   | No                              |                                                                                                                                                         |                           |
| D1330      | instrucciones sobre la higiene bucal                                                                                                                            | \$0                   | No                              |                                                                                                                                                         |                           |
| D1351      | sellador (por diente)                                                                                                                                           | \$0                   | No                              | Uno de (D1351) por 36 meses, por paciente, mismo diente.                                                                                                |                           |
| D1353      | reparación de sellador (por diente)                                                                                                                             | \$0                   | No                              |                                                                                                                                                         |                           |
| D1354      | aplicación de medicamento contra caries sin intervención quirúrgica (por diente)                                                                                | \$0                   | No                              | Cuatro de (D1354) por día, por paciente. Dos de (D1354) por 1 año, por paciente, mismo diente. Seis de (D1354) de por vida, por paciente, mismo diente. |                           |
| D1355      | aplicación de medicamentos: Prevención primaria o remineralización sin intervención quirúrgica; por diente                                                      | \$0                   | No                              |                                                                                                                                                         |                           |
| D1510      | mantenedor de espacio (fijo, unilateral, por cuadrante)                                                                                                         | \$0                   | No                              |                                                                                                                                                         |                           |
| D1516      | mantenedor de espacio (fijo, bilateral, maxilar)                                                                                                                | \$0                   | No                              |                                                                                                                                                         |                           |
| D1517      | mantenedor de espacio (fijo, bilateral, mandibular)                                                                                                             | \$0                   | No                              |                                                                                                                                                         |                           |
| D1520      | mantenedor de espacio (extraíble, unilateral, por cuadrante)                                                                                                    | \$0                   | No                              |                                                                                                                                                         |                           |
| D1526      | mantenedor de espacio (extraíble, bilateral, maxilar)                                                                                                           | \$0                   | No                              |                                                                                                                                                         |                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                                                                                                                     | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| D1527             | mantenedor de espacio (extraíble, bilateral, mandibular)                      | \$0                          | No                                     |                                                                                                                                                       |                                  |
| D1551             | recementado o refijación del mantenedor de espacio bilateral (maxilar)        | \$0                          | No                                     |                                                                                                                                                       |                                  |
| D1552             | recementado o refijación del mantenedor de espacio bilateral (mandibular)     | \$0                          | No                                     |                                                                                                                                                       |                                  |
| D1553             | recementado o refijación del mantenedor de espacio unilateral (por cuadrante) | \$0                          | No                                     |                                                                                                                                                       |                                  |
| D1556             | extracción del mantenedor de espacio unilateral fijo (por cuadrante)          | \$0                          | No                                     |                                                                                                                                                       |                                  |
| D1557             | extracción del mantenedor de espacio bilateral fijo (maxilar)                 | \$0                          | No                                     |                                                                                                                                                       |                                  |
| D1558             | extracción del mantenedor de espacio bilateral fijo (mandibular)              | \$0                          | No                                     |                                                                                                                                                       |                                  |
| D1575             | mantenedor de espacio de zapatilla distal (fijo, unilateral, por cuadrante)   | \$0                          | No                                     |                                                                                                                                                       |                                  |
| D2140             | amalgama (una superficie, primaria o permanente)                              | \$0                          | No                                     | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394) por 12 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |                                  |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>     | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                                                                                                                     | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|----------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| D2150             | amalgama (dos superficies, primaria o permanente)  | \$0                          | No                                     | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394) por 12 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |                                  |
| D2160             | amalgama (tres superficies, primaria o permanente) | \$0                          | No                                     | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394) por 12 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |                                  |



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>             | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                                                                                                                     | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| D2161             | amalgama (cuatro o más superficies, primaria o permanente) | \$0                          | No                                     | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394) por 12 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |                                  |
| D2330             | compuesto a base de resina (una superficie, anterior)      | \$0                          | No                                     | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394) por 12 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |                                  |



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                 | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                                                                                                                            | Se requiere documentación |
|------------|---------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| D2331      | compuesto a base de resina (dos superficies, anterior)  | \$0                   | No                              | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394) por 12 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |                           |
| D2332      | compuesto a base de resina (tres superficies, anterior) | \$0                   | No                              | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394) por 12 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                  | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                                                                                                                     | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| D2335             | compuesto a base de resina (cuatro o más superficies, anterior) | \$0                          | No                                     | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394) por 12 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |                                  |
| D2390             | corona, compuesto a base de resina (directa)                    | \$0                          | No                                     |                                                                                                                                                       |                                  |
| D2391             | compuesto a base de resina (una superficie, posterior)          | \$0                          | No                                     | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394) por 12 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |                                  |



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                  | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                                                                                                                            | Se requiere documentación |
|------------|----------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| D2392      | compuesto a base de resina (dos superficies, posterior)  | \$0                   | No                              | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394) por 12 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |                           |
| D2393      | compuesto a base de resina (tres superficies, posterior) | \$0                   | No                              | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394) por 12 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                   | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                                                                                                                     | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| D2394             | compuesto a base de resina (cuatro o más superficies, posterior) | \$0                          | No                                     | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394) por 12 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |                                  |
| D2410             | funda de oro (una superficie)                                    | \$0                          | No                                     |                                                                                                                                                       |                                  |
| D2420             | funda de oro (dos superficies)                                   | \$0                          | No                                     |                                                                                                                                                       |                                  |
| D2430             | funda de oro (tres superficies)                                  | \$0                          | No                                     |                                                                                                                                                       |                                  |
| D2510             | incrustación metálica (una superficie)                           | \$0                          | Sí                                     | D2510-D2664<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                             | Radiografías preoperatorias      |
| D2520             | incrustación (metálica, dos superficies)                         | \$0                          | Sí                                     | D2510-D2664<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                             | Radiografías preoperatorias      |
| D2530             | incrustación (metálica, tres o más superficies)                  | \$0                          | Sí                                     | D2510-D2664<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                             | Radiografías preoperatorias      |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento    | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                                                                                                                                | Se requiere documentación   |
|------------|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| D2542      | recubrimiento metálico (dos superficies)   | \$0                   | Sí                              | Uno de (D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2931) por 60 meses por paciente, mismo diente. | Radiografías preoperatorias |
| D2543      | recubrimiento (metálico, tres superficies) | \$0                   | Sí                              | Uno de (D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2931) por 60 meses por paciente, mismo diente. | Radiografías preoperatorias |



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>            | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                                                                                                                         | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| D2544             | recubrimiento (metálico, cuatro o más superficies)        | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2931) por 60 meses por paciente, mismo diente. | Radiografías preoperatorias      |
| D2610             | incrustación (porcelana/cerámica, una superficie)         | \$0                          | Sí                                     | D2510-D2664<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias      |
| D2620             | incrustación (porcelana/cerámica, dos superficies)        | \$0                          | Sí                                     | D2510-D2664<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias      |
| D2630             | incrustación (porcelana/cerámica, tres o más superficies) | \$0                          | Sí                                     | D2510-D2664<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias      |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento              | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                                                                                                                                | Se requiere documentación   |
|------------|------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| D2642      | recubrimiento (porcelana/cerámica, dos superficies)  | \$0                   | Sí                              | Uno de (D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2931) por 60 meses por paciente, mismo diente. | Radiografías preoperatorias |
| D2643      | recubrimiento (porcelana/cerámica, tres superficies) | \$0                   | Sí                              | Uno de (D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2931) por 60 meses por paciente, mismo diente. | Radiografías preoperatorias |



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                       | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                                                                                                                         | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| D2644             | recubrimiento (porcelana/cerámica, cuatro o más superficies)         | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2931) por 60 meses por paciente, mismo diente. | Radiografías preoperatorias      |
| D2650             | incrustación (compuesto a base de resina, una superficie)            | \$0                          | Sí                                     | D2510-D2664<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias      |
| D2651             | incrustación (compuesto a base de resina, dos superficies)           | \$0                          | Sí                                     | D2510-D2664<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias      |
| D2652             | incrustación (compuesto a base de resina, tres o más superficies)    | \$0                          | Sí                                     | D2510-D2664<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias      |
| D2662             | recubrimiento (compuesto a base de resina, dos superficies)          | \$0                          | Sí                                     | D2510-D2664<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias      |
| D2663             | recubrimiento (compuesto a base de resina, tres superficies)         | \$0                          | Sí                                     | D2510-D2664<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias      |
| D2664             | recubrimiento (compuesto a base de resina, cuatro o más superficies) | \$0                          | Sí                                     | D2510-D2664<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias      |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento             | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                                                                                                                                | Se requiere documentación   |
|------------|-----------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| D2710      | corona (compuesto a base de resina, indirecta)      | \$0                   | Sí                              | D2710-D2794<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias |
| D2712      | corona, compuesto a base de ¾ de resina (indirecta) | \$0                   | Sí                              | D2710-D2794<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias |
| D2720      | corona (resina con metal de alta nobleza)           | \$0                   | Sí                              | D2710-D2794<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias |
| D2721      | corona (resina con metal base predominante)         | \$0                   | Sí                              | D2710-D2794<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias |
| D2722      | corona (resina con metal noble)                     | \$0                   | Sí                              | D2710-D2794<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias |
| D2740      | corona (porcelana/cerámica)                         | \$0                   | Sí                              | Uno de (D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2931) por 60 meses por paciente, mismo diente. | Radiografías preoperatorias |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>           | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                                                                                                                         | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| D2750             | corona (porcelana fundida sobre metal de alta nobleza)   | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2931) por 60 meses por paciente, mismo diente. | Radiografías preoperatorias      |
| D2751             | corona (porcelana fundida sobre metal base predominante) | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2931) por 60 meses por paciente, mismo diente. | Radiografías preoperatorias      |



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                          | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                                                                                                                                | Se requiere documentación   |
|------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| D2752      | corona (porcelana fundida sobre metal noble)                     | \$0                   | Sí                              | Uno de (D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2931) por 60 meses por paciente, mismo diente. | Radiografías preoperatorias |
| D2753      | corona (porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio) | \$0                   | Sí                              | Uno de (D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2931) por 60 meses por paciente, mismo diente. | Radiografías preoperatorias |
| D2780      | corona (molde 3/4 de metal de alta nobleza)                      | \$0                   | Sí                              | D2710-D2794<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias |
| D2781      | corona (molde 3/4 de metal base predominante)                    | \$0                   | Sí                              | D2710-D2794<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>     | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                                                                                                                         | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|----------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| D2782             | corona (molde 3/4 de metal noble)                  | \$0                          | Sí                                     | D2710-D2794<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias      |
| D2783             | corona (3/4 de porcelana/cerámica)                 | \$0                          | Sí                                     | D2710-D2794<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias      |
| D2790             | corona (molde completo de metal de alta nobleza)   | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2931) por 60 meses por paciente, mismo diente. | Radiografías preoperatorias      |
| D2791             | corona (molde completo de metal base predominante) | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2931) por 60 meses por paciente, mismo diente. | Radiografías preoperatorias      |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                                                  | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                                                                                                                                | Se requiere documentación   |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| D2792      | corona (molde completo de metal noble)                                                                                   | \$0                   | Sí                              | Uno de (D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2931) por 60 meses por paciente, mismo diente. | Radiografías preoperatorias |
| D2794      | corona (titanio y de aleaciones de titanio)                                                                              | \$0                   | Sí                              | D2710-D2794<br>Uno por diente por 5 años.                                                                                                                 | Radiografías preoperatorias |
| D2799      | corona provisoria: Es necesario realizar un tratamiento adicional o completar el diagnóstico antes de la impresión final | \$0                   | No                              |                                                                                                                                                           |                             |
| D2910      | Recementado o refijación de incrustación, recubrimiento, laminado o restauración parcial de cobertura                    | \$0                   | No                              |                                                                                                                                                           |                             |
| D2915      | recementado o refijación de perno y muñón prefabricados o fabricados indirectamente                                      | \$0                   | No                              | No se permite dentro de los 6 meses de D2954 (poste y muñón prefabricado, además de la corona) del mismo proveedor o grupo de proveedores.                |                             |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                 | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                                                                                                                         | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| D2920             | recementado o refijación de la corona                          | \$0                          | No                                     | No se permite dentro de los 6 meses de D2740 a D2792, del mismo proveedor o grupo de proveedores.                                                         |                                  |
| D2921             | reimplantación de fragmento de diente, borde incisal o cúspide | \$0                          | No                                     |                                                                                                                                                           |                                  |
| D2928             | Corona de porcelana/cerámica prefabricada (diente permanente)  | \$0                          | No                                     |                                                                                                                                                           |                                  |
| D2929             | Corona de porcelana/cerámica prefabricada (diente primario)    | \$0                          | No                                     |                                                                                                                                                           |                                  |
| D2930             | Corona de acero inoxidable prefabricada (diente primario)      | \$0                          | No                                     |                                                                                                                                                           |                                  |
| D2931             | corona de acero inoxidable prefabricada (diente permanente)    | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2790, D2791, D2792, D2931) por 60 meses por paciente, mismo diente. | Radiografías preoperatorias      |
| D2932             | corona de resina prefabricada                                  | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D2932) por 1 de por vida por paciente, mismo diente.                                                                                              | Radiografías preoperatorias      |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                       | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                                       | Se requiere documentación                   |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| D2933      | Corona de acero inoxidable prefabricada con ventana de resina                 | \$0                   | No                              |                                                                  |                                             |
| D2934      | Corona estética de acero inoxidable recubierta prefabricada (diente primario) | \$0                   | No                              |                                                                  |                                             |
| D2940      | colocación de restauración directa provisoria                                 | \$0                   | No                              | No se permite dentro de ningún código de las series 2000 o 3000  |                                             |
| D2949      | base de restauración para una restauración indirecta                          | \$0                   | No                              |                                                                  |                                             |
| D2950      | reconstrucción de muñones, incluidos los pernos, si fueran necesarios         | \$0                   | No                              | Uno de (D2950, D2954) por 60 meses por paciente, mismo diente.   |                                             |
| D2951      | retención de espiga (por diente, además de la restauración)                   | \$0                   | No                              | No se permite con (D2950, D2954) en la misma fecha del servicio. |                                             |
| D2952      | perno y muñón, además de la corona, indirectamente fabricados                 | \$0                   | No                              | D2952-D2953<br>Uno por diente por 5 años.                        |                                             |
| D2953      | cada perno adicional fabricado indirectamente (mismo diente)                  | \$0                   | No                              | D2952-D2953<br>Uno por diente por 5 años.                        |                                             |
| D2954      | perno y muñón, además de la corona, prefabricados                             | \$0                   | Sí                              | Uno de (D2950, D2954) por 60 meses por paciente, mismo diente.   | Radiografía periapical con obturación final |
| D2955      | extracción de perno                                                           | \$0                   | No                              | Uno por diente cada cinco años                                   |                                             |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                                                                         | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                              | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|
| D2956             | extracción de una restauración indirecta en un diente natural                                                                          | \$0                          | No                                     |                                                |                                  |
| D2957             | Cada perno adicional prefabricado (mismo diente)                                                                                       | \$0                          | No                                     | Uno por diente cada cinco años                 |                                  |
| D2960             | revestimiento labial (laminado de resina) (directo)                                                                                    | \$0                          | No                                     | D2960-D2962<br>Uno por diente cada cinco años. |                                  |
| D2961             | revestimiento labial (laminado de resina) (indirecto)                                                                                  | \$0                          | No                                     | D2960-D2962<br>Uno por diente cada cinco años. |                                  |
| D2962             | revestimiento labial (laminado de porcelana) (indirecto)                                                                               | \$0                          | No                                     | D2960-D2962<br>Uno por diente cada cinco años. |                                  |
| D2971             | procedimientos adicionales para personalizar una corona para que quepa debajo de una estructura de dentadura postiza parcial existente | \$0                          | No                                     |                                                |                                  |
| D2975             | funda                                                                                                                                  | \$0                          | No                                     |                                                |                                  |
| D2976             | estabilización de bandas (por diente)                                                                                                  | \$0                          | No                                     |                                                |                                  |
| D2980             | Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración                                                                  | \$0                          | No                                     | Uno por diente por año                         |                                  |
| D2981             | reparación de incrustación necesaria por falla del material de restauración                                                            | \$0                          | No                                     | Uno por diente por año                         |                                  |
| D2982             | reparación de recubrimiento necesaria por falla del material de restauración                                                           | \$0                          | No                                     | Uno por diente por año                         |                                  |
| D2983             | reparación de revestimiento necesaria por falla del material de restauración                                                           | \$0                          | No                                     | Uno por diente por año                         |                                  |
| D2989             | excavación de un diente que resulta en la determinación de la no restaurabilidad                                                       | \$0                          | No                                     |                                                |                                  |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                                                                | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                                                                      | Se requiere documentación |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| D2990      | infiltración de resina de lesiones incipientes de la superficie lisa                                                                   | \$0                   | No                              |                                                                                                 |                           |
| D2991      | aplicación de medicamento para regeneración hidroxiapatita (por diente)                                                                | \$0                   | No                              |                                                                                                 |                           |
| D2999      | procedimientos de restauración no especificados (según informe)                                                                        | \$0                   | No                              |                                                                                                 |                           |
| D3110      | recubrimiento pulpar directo (sin restauración final)                                                                                  | \$0                   | No                              |                                                                                                 |                           |
| D3120      | recubrimiento pulpar indirecto (sin restauración final)                                                                                | \$0                   | No                              |                                                                                                 |                           |
| D3220      | pulpotomía terapéutica (sin restauración final) (extracción de pulpa coronal en la unión dentinocemental y aplicación de medicamentos) | \$0                   | No                              |                                                                                                 |                           |
| D3221      | desbridamiento pulpar (dientes primarios y permanentes)                                                                                | \$0                   | No                              |                                                                                                 |                           |
| D3222      | pulpotomía parcial para apexogénesis (diente permanente con desarrollo incompleto de la raíz)                                          | \$0                   | No                              |                                                                                                 |                           |
| D3230      | tratamiento pulpar (empaste reabsorbible): Diente primario anterior (no incluye restauración final)                                    | \$0                   | No                              |                                                                                                 |                           |
| D3240      | tratamiento pulpar (empaste reabsorbible): Diente primario posterior (no incluye restauración final)                                   | \$0                   | No                              |                                                                                                 |                           |
| D3310      | tratamiento de endodoncia, diente anterior (no incluye restauración final)                                                             | \$0                   | No                              | Uno de (D3310, D3320, D3330, D3351, D3352, D3353) por 1 de por vida por paciente, mismo diente. |                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                                                                        | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                          | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|
| D3320             | tratamiento de endodoncia, diente premolar (no incluye restauración final)                                                            | \$0                          | No                                     | D3320-D3330<br>Uno por diente de por vida. |                                  |
| D3330             | tratamiento de endodoncia, diente molar (sin restauración final)                                                                      | \$0                          | No                                     | D3320-D3330<br>Uno por diente de por vida. |                                  |
| D3331             | tratamiento por obstrucción del conducto: Acceso no quirúrgico                                                                        | \$0                          | No                                     |                                            |                                  |
| D3332             | tratamiento de endodoncia incompleto; diente sin posibilidad de operación, irreparable o fracturado                                   | \$0                          | No                                     |                                            |                                  |
| D3333             | reparación interna de la raíz por defectos de perforación                                                                             | \$0                          | No                                     |                                            |                                  |
| D3346             | repetición de tratamiento de conducto previo (anterior)                                                                               | \$0                          | No                                     | D3346-D3348<br>Uno por diente de por vida. |                                  |
| D3347             | repetición de tratamiento de conducto previo (premolar)                                                                               | \$0                          | No                                     | D3346-D3348<br>Uno por diente de por vida. |                                  |
| D3348             | repetición de tratamiento de conducto previo (molar)                                                                                  | \$0                          | No                                     | D3346-D3348<br>Uno por diente de por vida. |                                  |
| D3351             | apexificación/recalcificación: Consulta inicial (cierre apical/ reparación calcificada de perforaciones, reabsorción radicular, etc.) | \$0                          | No                                     |                                            |                                  |
| D3352             | apexificación/recalcificación (reemplazo provisorio de medicamentos)                                                                  | \$0                          | No                                     |                                            |                                  |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                                                                                                             | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia | Se requiere documentación |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------|---------------------------|
| D3353      | apexificación/recalcificación: Consulta final (incluye tratamiento de conducto completo: Cierre apical/ reparación de perforaciones por calcificación, reabsorción radicular, etc.) | \$0                   | No                              |            |                           |
| D3355      | regeneración pulpar (consulta inicial)                                                                                                                                              | \$0                   | No                              |            |                           |
| D3356      | regeneración pulpar (reemplazo provisional de medicamentos)                                                                                                                         | \$0                   | No                              |            |                           |
| D3357      | regeneración pulpar (finalización de tratamiento)                                                                                                                                   | \$0                   | No                              |            |                           |
| D3410      | apicectomía (anterior)                                                                                                                                                              | \$0                   | No                              |            |                           |
| D3421      | apicectomía (premolar, primera raíz)                                                                                                                                                | \$0                   | No                              |            |                           |
| D3425      | apicectomía (molar, primera raíz)                                                                                                                                                   | \$0                   | No                              |            |                           |
| D3426      | apicectomía (cada raíz adicional)                                                                                                                                                   | \$0                   | No                              |            |                           |
| D3428      | injerto óseo junto con cirugía perirradicular (por diente, un solo lugar)                                                                                                           | \$0                   | No                              |            |                           |
| D3429      | injerto óseo junto con cirugía perirradicular (cada diente contiguo adicional en el mismo lugar quirúrgico)                                                                         | \$0                   | No                              |            |                           |
| D3430      | empaste retrógrado (por raíz)                                                                                                                                                       | \$0                   | No                              |            |                           |
| D3431      | materiales biológicos para ayudar con la regeneración de tejido óseo y blando junto con cirugía perirradicular                                                                      | \$0                   | No                              |            |                           |
| D3432      | regeneración guiada de tejido, barrera reabsorbible, por lugar junto con cirugía perirradicular                                                                                     | \$0                   | No                              |            |                           |
| D3450      | amputación radicular (por raíz)                                                                                                                                                     | \$0                   | No                              |            |                           |
| D3470      | reimplantación intencional (con entablillado necesario)                                                                                                                             | \$0                   | No                              |            |                           |
| D3471      | reparación quirúrgica de reabsorción radicular (anterior)                                                                                                                           | \$0                   | No                              |            |                           |
| D3472      | reparación quirúrgica de reabsorción radicular (premolar)                                                                                                                           | \$0                   | No                              |            |                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                                                    | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                                                             | <b>Se requiere documentación</b>                 |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| D3473             | reparación quirúrgica de reabsorción radicular (molar)                                                            | \$0                          | No                                     |                                                                                               |                                                  |
| D3501             | exposición quirúrgica de superficie radicular sin apicectomía o reparación de reabsorción radicular (anterior)    | \$0                          | No                                     |                                                                                               |                                                  |
| D3502             | exposición quirúrgica de superficie radicular sin apicectomía o reparación de reabsorción radicular (premolar)    | \$0                          | No                                     |                                                                                               |                                                  |
| D3503             | exposición quirúrgica de superficie radicular sin apicectomía o reparación de reabsorción radicular (molar)       | \$0                          | No                                     |                                                                                               |                                                  |
| D3910             | procedimiento quirúrgico para aislar diente con dique de goma                                                     | \$0                          | No                                     |                                                                                               |                                                  |
| D3920             | hemisección (incluida cualquier eliminación de raíces), no incluye tratamiento de conducto                        | \$0                          | No                                     |                                                                                               |                                                  |
| D3921             | decoronación o sumersión de un diente erupcionado                                                                 | \$0                          | No                                     |                                                                                               |                                                  |
| D3950             | preparación del canal y adaptación de perno o clavija preformados                                                 | \$0                          | No                                     |                                                                                               |                                                  |
| D4210             | gingivectomía o gingivoplastia (cuatro o más dientes o espacios delimitados por dientes contiguos, por cuadrante) | \$0                          | No                                     | Uno de (D4210, D4211, D4240, D4241, D4260, D4261) por 24 meses, por entidad, mismo cuadrante. | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                                                                   | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                                                                    | Se requiere documentación                        |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| D4211      | gingivectomía o gingivoplastia (uno a tres dientes o espacios delimitados por dientes contiguos, por cuadrante)                           | \$0                   | No                              | Uno de (D4210, D4211, D4240, D4241, D4260, D4261) por 24 meses, por entidad, mismo cuadrante. | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4212      | gingivectomía o gingivoplastia (para permitir acceso para procedimientos de restauración, por diente)                                     | \$0                   | No                              |                                                                                               |                                                  |
| D4230      | exposición anatómica de la corona (cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes por cuadrante)                                   | \$0                   | No                              |                                                                                               |                                                  |
| D4231      | exposición anatómica de la corona (uno a tres dientes o espacios interdentes por cuadrante)                                               | \$0                   | No                              |                                                                                               |                                                  |
| D4240      | procedimiento de colgajo gingival, con pulido radicular incluido (cuatro o más dientes o espacios contiguos entre dientes, por cuadrante) | \$0                   | No                              | Uno de (D4210, D4211, D4240, D4241, D4260, D4261) por 24 meses, por entidad, mismo cuadrante. | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4241      | procedimiento de colgajo gingival, incluido pulido radicular (uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes por cuadrante)          | \$0                   | No                              | Uno de (D4210, D4211, D4240, D4241, D4260, D4261) por 24 meses, por entidad, mismo cuadrante. | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4245      | colgajo en posición apical                                                                                                                | \$0                   | No                              |                                                                                               |                                                  |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                                                                                        | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                                                             | <b>Se requiere documentación</b>                 |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| D4249             | alargamiento clínico de corona (tejido duro)                                                                                                          | \$0                          | No                                     | Uno de (D4249) por 1 de por vida por paciente, mismo diente.                                  | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4260             | cirugía ósea (incluida la elevación del colgajo de espesor completo y el cierre, cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes por cuadrante) | \$0                          | No                                     | Uno de (D4210, D4211, D4240, D4241, D4260, D4261) por 24 meses, por entidad, mismo cuadrante. | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4261             | cirugía ósea, incluida la elevación de un colgajo de espesor total y el cierre (uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes por cuadrante)    | \$0                          | No                                     | Uno de (D4210, D4211, D4240, D4241, D4260, D4261) por 24 meses, por entidad, mismo cuadrante. | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4263             | injerto para reemplazo óseo, diente natural retenido (primer lugar en el cuadrante)                                                                   | \$0                          | No                                     |                                                                                               | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4264             | injerto para reemplazo óseo (diente natural retenido, cada lugar adicional en el cuadrante)                                                           | \$0                          | No                                     |                                                                                               | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4265             | materiales biológicos para ayudar con la regeneración de tejido óseo y blando (por lugar)                                                             | \$0                          | No                                     |                                                                                               |                                                  |
| D4266             | regeneración guiada de tejido (dientes naturales, barrera reabsorbible, por lugar)                                                                    | \$0                          | No                                     |                                                                                               |                                                  |
| D4267             | regeneración guiada de tejido (dientes naturales, barrera no reabsorbible, por lugar)                                                                 | \$0                          | No                                     |                                                                                               |                                                  |
| D4268             | procedimiento de revisión quirúrgica (por diente)                                                                                                     | \$0                          | No                                     |                                                                                               |                                                  |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                                                                                                                                    | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia | Se requiere documentación                        |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------|--------------------------------------------------|
| D4270      | procedimiento de injerto de tejido blando pediculado                                                                                                                                                       | \$0                   | No                              |            | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4273      | procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluidos los lugares quirúrgicos de donante y receptor), primer diente, implante o lugar desdentado en el injerto                                  | \$0                   | No                              |            | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4274      | procedimiento de cuña distal/ mesial, único diente (cuando no se realiza junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)                                                                  | \$0                   | No                              |            | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4275      | injerto de tejido conectivo no autógeno (incluido el lugar de receptor y el material del donante), primer diente, implante o lugar desdentado en el injerto                                                | \$0                   | No                              |            |                                                  |
| D4276      | injerto combinado de tejido conectivo y pedículo (por diente)                                                                                                                                              | \$0                   | No                              |            |                                                  |
| D4277      | procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los lugares quirúrgicos de receptor y donante), primer diente, implante o lugar desdentado en el injerto                                        | \$0                   | No                              |            | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4278      | procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los lugares quirúrgicos de receptor y donante), cada diente contiguo adicional, implante o lugar desdentado en el mismo lugar del injerto       | \$0                   | No                              |            | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4283      | procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluidos los lugares quirúrgicos de receptor y donante), cada diente contiguo adicional, implante o lugar desdentado en el mismo lugar del injerto | \$0                   | No                              |            |                                                  |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                                                                                                                                                | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                                 | <b>Se requiere documentación</b>                 |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| D4285             | procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno (incluido el lugar de receptor y el material del donante), cada diente contiguo adicional, implante o lugar desdentado en el mismo lugar del injerto | \$0                          | No                                     |                                                                   |                                                  |
| D4286             | extracción de barrera no reabsorbible                                                                                                                                                                         | \$0                          | No                                     |                                                                   |                                                  |
| D4322             | entablillado (dentro de la corona; dientes naturales o coronas protésicas)                                                                                                                                    | \$0                          | No                                     |                                                                   | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4323             | entablillado (por fuera de la corona; dientes naturales o coronas protésicas)                                                                                                                                 | \$0                          | No                                     |                                                                   | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4324             | reparación de entablillado fijo (por fuera de la corona; dientes naturales o coronas protésicas)                                                                                                              | \$0                          | Sí                                     |                                                                   | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4325             | reparación de entablillado fijo (por fuera de la corona; dientes naturales o coronas protésicas)                                                                                                              | \$0                          | Sí                                     |                                                                   | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4326             | extracción de entablillado fijo (dentro de la corona; dientes naturales o coronas protésicas); no incluye la reparación de los defectos resultantes                                                           | \$0                          | Sí                                     |                                                                   | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4327             | extracción de entablillado arreglado (por fuera de la corona; dientes naturales o coronas protésicas)                                                                                                         | \$0                          | Sí                                     |                                                                   | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |
| D4341             | raspado y pulido radicular periodontales (cuatro dientes o más por cuadrante)                                                                                                                                 | \$0                          | No                                     | Uno de (D4341, D4342) por 24 meses por paciente, mismo cuadrante. | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                                                                       | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                                           | Se requiere documentación                                                                     |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| D4342      | raspado y pulido radicular periodontal (uno a tres dientes por cuadrante)                                                                     | \$0                   | No                              | Uno de (D4341, D4342) por 24 meses por paciente, mismo cuadrante.    | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal                                              |
| D4346      | raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave (boca completa después de evaluación oral)                         | \$0                   | No                              |                                                                      |                                                                                               |
| D4355      | desbridamiento total de la boca para permitir una evaluación y un diagnóstico periodontales integrales en una consulta subsiguiente           | \$0                   | No                              | Uno de (D1110, D4355) por 12 meses por paciente.                     |                                                                                               |
| D4381      | administración localizada de agentes antimicrobianos mediante la liberación controlada del vehículo en tejido crevicular enfermo (por diente) | \$0                   | No                              |                                                                      |                                                                                               |
| D4910      | mantenimiento periodontal                                                                                                                     | \$0                   | No                              | Solo se cubre después de que se haya realizado el tratamiento activo | Radiografías preoperatorias, gráfico periodontal                                              |
| D4920      | cambio de vendaje no programado (por otra persona que no sea el dentista que lo atiende o su personal)                                        | \$0                   | No                              |                                                                      |                                                                                               |
| D4921      | irrigación gingival con un agente medicinal (por cuadrante)                                                                                   | \$0                   | No                              |                                                                      |                                                                                               |
| D5110      | dentadura postiza completa (maxilar)                                                                                                          | \$0                   | Sí                              | Uno de (D5110, D5130, D5521) por 60 meses por paciente.              | Descripción de la necesidad médica, radiografías preoperatorias; fecha de colocación anterior |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                                                                             | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                                                                      | <b>Se requiere documentación</b>                                                              |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| D5120             | dentadura postiza completa (mandibular)                                                                                                    | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D5120, D5140, D5522) por 60 meses por paciente.                                                | Descripción de la necesidad médica, radiografías preoperatorias; fecha de colocación anterior |
| D5130             | dentadura postiza inmediata (maxilar)                                                                                                      | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D5130) por 1 de por vida por paciente. Uno de (D5110, D5130, D5521) por 60 meses por paciente. | Radiografías de boca completa                                                                 |
| D5140             | dentadura postiza inmediata (mandibular)                                                                                                   | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D5140) por 1 de por vida por paciente. Uno de (D5120, D5140, D5522) por 60 meses por paciente. | Radiografías de boca completa                                                                 |
| D5211             | dentadura postiza maxilar parcial: A base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)                          | \$0                          | No                                     | D5211-D5286 1 por arco cada 5 años.                                                                    |                                                                                               |
| D5212             | dentadura postiza mandibular parcial: A base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)                       | \$0                          | No                                     | D5211-D5286 1 por arco cada 5 años.                                                                    |                                                                                               |
| D5213             | dentadura postiza maxilar parcial: Estructura de metal con bases de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)   | \$0                          | No                                     | D5211-D5286 1 por arco cada 5 años.                                                                    |                                                                                               |
| D5214             | dentadura postiza mandibular parcial: Estructura de metal con bases de resina, incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes | \$0                          | No                                     | D5211-D5286 1 por arco cada 5 años.                                                                    |                                                                                               |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                                                                              | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                | Se requiere documentación |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------|
| D5221      | dentadura postiza maxilar parcial inmediata: A base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)                          | \$0                   | No                              | D5211-D5286<br>1 por arco<br>cada 5 años. |                           |
| D5222      | dentadura postiza mandibular parcial inmediata: A base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)                       | \$0                   | No                              | D5211-D5286<br>1 por arco<br>cada 5 años. |                           |
| D5223      | dentadura postiza maxilar parcial inmediata: Estructura de metal con bases de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)   | \$0                   | No                              | D5211-D5286<br>1 por arco<br>cada 5 años. |                           |
| D5224      | dentadura postiza mandibular parcial inmediata: Estructura de metal con bases de resina, incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes | \$0                   | No                              | D5211-D5286<br>1 por arco<br>cada 5 años. |                           |
| D5225      | dentadura postiza maxilar parcial: Base flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)                                       | \$0                   | No                              | D5211-D5286<br>1 por arco<br>cada 5 años. |                           |
| D5226      | dentadura postiza mandibular parcial (base flexible, incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)                                    | \$0                   | No                              | D5211-D5286<br>1 por arco<br>cada 5 años. |                           |
| D5227      | dentadura postiza maxilar parcial inmediata: Base flexible (incluye cualquier gancho, soporte y diente)                                              | \$0                   | No                              | D5211-D5286<br>1 por arco<br>cada 5 años. |                           |
| D5228      | dentadura postiza mandibular parcial inmediata (base flexible, incluye cualquier gancho, soporte y diente)                                           | \$0                   | No                              | D5211-D5286<br>1 por arco<br>cada 5 años. |                           |
| D5282      | dentadura postiza parcial unilateral removible: Una pieza en molde de metal (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar   | \$0                   | No                              | D5211-D5286<br>1 por arco<br>cada 5 años. |                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                                                                                          | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                       | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------|
| D5283             | dentadura postiza parcial unilateral extraíble (una pieza en molde de metal, incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular   | \$0                          | No                                     | D5211-D5286<br>1 por arco<br>cada 5 años.               |                                  |
| D5284             | dentadura postiza parcial unilateral extraíble (base flexible de una pieza, incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), por cuadrante | \$0                          | No                                     | D5211-D5286<br>1 por arco<br>cada 5 años.               |                                  |
| D5286             | dentadura postiza parcial unilateral extraíble (resina de una pieza, incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), por cuadrante        | \$0                          | No                                     | D5211-D5286<br>1 por arco<br>cada 5 años.               |                                  |
| D5410             | ajuste de la dentadura postiza completa (maxilar)                                                                                                       | \$0                          | No                                     |                                                         |                                  |
| D5411             | Ajuste de la dentadura postiza completa (mandibular)                                                                                                    | \$0                          | No                                     |                                                         |                                  |
| D5421             | Ajuste de la dentadura postiza parcial (maxilar)                                                                                                        | \$0                          | No                                     |                                                         |                                  |
| D5422             | Ajuste de la dentadura postiza parcial (mandibular)                                                                                                     | \$0                          | No                                     |                                                         |                                  |
| D5511             | Reparación de base de dentadura postiza completa (mandibular)                                                                                           | \$0                          | No                                     |                                                         |                                  |
| D5512             | Reparación de base de dentadura postiza completa (maxilar)                                                                                              | \$0                          | No                                     |                                                         |                                  |
| D5520             | Reemplazo de diente quebrado o faltante (dentadura postiza completa por diente)                                                                         | \$0                          | No                                     |                                                         |                                  |
| D5521             | reemplazo de todos los dientes en dentadura postiza completa (maxilar)                                                                                  | \$0                          | No                                     | Uno de (D5110, D5130, D5521) por 60 meses por paciente. |                                  |
| D5522             | reemplazo de todos los dientes en dentadura postiza completa (mandibular)                                                                               | \$0                          | No                                     | Uno de (D5120, D5140, D5522) por 60 meses por paciente. |                                  |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia | Se requiere documentación |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------|---------------------------|
| D5611      | reparación de dentadura postiza parcial con base de resina (mandibular)                | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5612      | Reparación de dentadura postiza parcial con base de resina (maxilar)                   | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5621      | Reparación de molde de estructura parcial (mandibular)                                 | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5622      | Reparación de molde de estructura parcial (maxilar)                                    | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5630      | Reparación o reemplazo de materiales de retención/ganchos quebrados (por diente)       | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5640      | Reemplazo de diente quebrado o faltante (dentadura postiza parcial por diente)         | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5650      | Añadido de diente a la dentadura postiza parcial existente (por diente)                | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5660      | Añadido de gancho a la dentadura postiza parcial existente (por diente)                | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5670      | Reemplazo de todos los dientes y acrílico en estructura de molde de metal (maxilar)    | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5671      | Reemplazo de todos los dientes y acrílico en estructura de molde de metal (mandibular) | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5710      | Rebasado de dentadura postiza maxilar completa                                         | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5711      | Rebasado de dentadura postiza mandibular completa                                      | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5720      | Rebasado de dentadura postiza maxilar parcial                                          | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5721      | Rebasado de dentadura postiza mandibular parcial                                       | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5725      | rebasado de prótesis híbrida                                                           | \$0                   | No                              |            |                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                     | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                 | <b>Se requiere documentación</b>            |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| D5730             | revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (directo)      | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D5730, D5750) por 24 meses, por paciente. | Fecha de colocación de la dentadura postiza |
| D5731             | revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (directo)   | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D5731, D5751) por 24 meses, por paciente. | Fecha de colocación de la dentadura postiza |
| D5740             | revestimiento de dentadura postiza maxilar parcial (directo)       | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D5740, D5760) por 24 meses, por paciente. | Fecha de colocación de la dentadura postiza |
| D5741             | revestimiento de dentadura postiza mandibular parcial (directo)    | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D5741, D5761) por 24 meses, por paciente. | Fecha de colocación de la dentadura postiza |
| D5750             | Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecto)    | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D5730, D5750) por 24 meses, por paciente. | Fecha de colocación de la dentadura postiza |
| D5751             | Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecto) | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D5731, D5751) por 24 meses, por paciente. | Fecha de colocación de la dentadura postiza |
| D5760             | Revestimiento de dentadura postiza maxilar parcial (indirecto)     | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D5740, D5760) por 24 meses, por paciente. | Fecha de colocación de la dentadura postiza |
| D5761             | Revestimiento de dentadura postiza mandibular parcial (indirecto)  | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D5741, D5761) por 24 meses, por paciente. | Fecha de colocación de la dentadura postiza |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                                          | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia | Se requiere documentación |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------|---------------------------|
| D5765      | revestimiento blando para dentaduras postizas completas o parciales extraíbles (indirecto)                       | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5810      | dentadura postiza completa provisional (maxilar)                                                                 | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5811      | dentadura postiza completa provisional (mandibular)                                                              | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5820      | dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) (maxilar)    | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5821      | dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) (mandibular) | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5850      | acondicionamiento de tejido (maxilar)                                                                            | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5851      | acondicionamiento de tejido (mandibular)                                                                         | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5859      | colocación de un pilar de semiprecisión sobre un diente natural                                                  | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5862      | ajuste de precisión (según informe)                                                                              | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5863      | sobredentadura completa (maxilar) con soporte de dientes naturales                                               | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5864      | sobredentadura parcial (maxilar) con soporte de dientes naturales                                                | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5865      | sobredentadura completa (mandibular) con soporte de dientes naturales                                            | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5866      | sobredentadura parcial (mandibular) con soporte de dientes naturales                                             | \$0                   | No                              |            |                           |
| D5867      | reemplazo de pieza de enganche de semiprecisión o de precisión de prótesis sobre diente natural, por conexión    | \$0                   | No                              |            |                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                        | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Se requiere documentación</b>   |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| D5876             | Añadido de subestructura de metal a la dentadura postiza completa acrílica (por arco) | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D5877             | duplicación de dentadura postiza completa (maxilar)                                   | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D5878             | duplicación de dentadura postiza completa (mandibular)                                | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D5911             | moldeado de impresión facial (por sección)                                            | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |
| D5912             | moldeado de impresión facial (completo)                                               | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |
| D5913             | prótesis nasal                                                                        | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |
| D5914             | prótesis auricular                                                                    | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |
| D5915             | prótesis orbital                                                                      | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |
| D5916             | prótesis ocular                                                                       | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |
| D5919             | prótesis facial                                                                       | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |
| D5922             | prótesis del tabique nasal                                                            | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |
| D5923             | prótesis ocular (provisoria)                                                          | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |
| D5924             | prótesis craneal                                                                      | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |
| D5925             | prótesis de implante de aumentación facial                                            | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |
| D5926             | prótesis nasal (reemplazo)                                                            | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |
| D5927             | prótesis auricular (reemplazo)                                                        | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |
| D5928             | prótesis orbital (reemplazo)                                                          | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |
| D5929             | prótesis facial (reemplazo)                                                           | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |
| D5930             | prótesis para orientación maxilar sin brida de guía                                   | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                               | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia | Se requiere documentación          |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------|------------------------------------|
| D5932      | prótesis obturadora (definitiva)                                                                      | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica |
| D5933      | prótesis obturadora (modificación)                                                                    | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica |
| D5934      | prótesis para orientación mandibular con brida de guía                                                | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica |
| D5935      | prótesis para orientación mandibular sin brida de guía                                                | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica |
| D5936      | prótesis obturadora (provisional)                                                                     | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica |
| D5937      | aparato para trismo (no para tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular [TMD]) | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica |
| D5950      | moldeado auricular                                                                                    | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica |
| D5951      | aparato para favorecer la alimentación                                                                | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica |
| D5953      | prótesis para favorecer el habla (adulto)                                                             | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica |
| D5954      | prótesis de extensión del paladar                                                                     | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica |
| D5955      | prótesis de elevación del paladar (definitiva)                                                        | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica |
| D5958      | prótesis de elevación del paladar (provisional)                                                       | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica |
| D5959      | prótesis de elevación del paladar (modificación)                                                      | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica |
| D5960      | prótesis para favorecer el habla (modificación)                                                       | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica |
| D5961      | moldeado nasal                                                                                        | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica |
| D5982      | stent quirúrgico para la cicatrización de tejidos blandos                                             | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica |
| D5983      | aplicador de radiación                                                                                | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica |
| D5984      | escudo de radiación                                                                                   | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                       | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                              | <b>Se requiere documentación</b>   |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------|
| D5985             | cono localizador de radiación                                                        | \$0                          | Sí                                     |                                                | Descripción de la necesidad médica |
| D5986             | aplicador de gel de flúor                                                            | \$0                          | Sí                                     |                                                | Descripción de la necesidad médica |
| D5987             | férula para comisura                                                                 | \$0                          | Sí                                     |                                                | Descripción de la necesidad médica |
| D5988             | férula quirúrgica                                                                    | \$0                          | Sí                                     |                                                | Descripción de la necesidad médica |
| D5991             | portador de medicamentos para enfermedades vesiculobulosas                           | \$0                          | No                                     |                                                |                                    |
| D5992             | ajuste del aparato protésico maxilofacial (según informe)                            | \$0                          | No                                     |                                                |                                    |
| D5993             | limpieza de una prótesis maxilofacial (intrabucal/ extrabucal) (según informe)       | \$0                          | No                                     |                                                |                                    |
| D5995             | portador de medicamentos con sello periférico: Procesado en laboratorio (maxilar)    | \$0                          | No                                     |                                                |                                    |
| D5996             | portador de medicamentos con sello periférico: Procesado en laboratorio (mandibular) | \$0                          | No                                     |                                                |                                    |
| D5998             | reparación de prótesis maxilofacial (según informe)                                  | \$0                          | No                                     |                                                |                                    |
| D5999             | prótesis maxilofacial no especificada (según informe)                                | \$0                          | Sí                                     |                                                | Descripción de la necesidad médica |
| D6205             | póntico (compuesto a base de resina, indirecto)                                      | \$0                          | No                                     | D6205-D6252<br>Uno por diente cada cinco años. |                                    |
| D6210             | póntico (molde de metal de alta nobleza)                                             | \$0                          | No                                     | D6205-D6252<br>Uno por diente cada cinco años. |                                    |
| D6211             | póntico (molde de metal base predominante)                                           | \$0                          | No                                     | D6205-D6252<br>Uno por diente cada cinco años. |                                    |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                           | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                     | Se requiere documentación |
|------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------|
| D6212      | póntico (molde de metal noble)                                    | \$0                   | No                              | D6205-D6252<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |
| D6214      | póntico (titanio y aleaciones de titanio)                         | \$0                   | No                              | D6205-D6252<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |
| D6240      | póntico (porcelana fundida sobre metal de alta nobleza)           | \$0                   | No                              | D6205-D6252<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |
| D6241      | póntico (porcelana fundida sobre metal base predominante)         | \$0                   | No                              | D6205-D6252<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |
| D6242      | póntico (porcelana fundida sobre metal noble)                     | \$0                   | No                              | D6205-D6252<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |
| D6243      | póntico (porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio) | \$0                   | No                              | D6205-D6252<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |
| D6245      | póntico (porcelana/cerámica)                                      | \$0                   | No                              | D6205-D6252<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |
| D6250      | póntico (resina con metal de alta nobleza)                        | \$0                   | No                              | D6205-D6252<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |
| D6251      | póntico (resina con metal base predominante)                      | \$0                   | No                              | D6205-D6252<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |
| D6252      | póntico (resina con metal noble)                                  | \$0                   | No                              | D6205-D6252<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                                                             | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                    | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------|
| D6253             | póntico provisorio (es necesario realizar un tratamiento adicional o completar el diagnóstico antes de la impresión final) | \$0                          | No                                     |                                                      |                                  |
| D6545             | retenedor (metal fundido para prótesis fija de resina)                                                                     | \$0                          | No                                     | Un D6545, D6548 o D6720-D6792 por diente cada 5 años |                                  |
| D6548             | retenedor (porcelana/cerámica para prótesis fija adherida con resina)                                                      | \$0                          | No                                     | Un D6545, D6548 o D6720-D6792 por diente cada 5 años |                                  |
| D6549             | retenedor de resina (para prótesis fija de resina)                                                                         | \$0                          | No                                     |                                                      |                                  |
| D6600             | incrustación retenedora (porcelana/cerámica, dos superficies)                                                              | \$0                          | No                                     |                                                      |                                  |
| D6601             | incrustación retenedora (de porcelana/cerámica, tres o más superficies)                                                    | \$0                          | No                                     | D6601-D6634<br>Uno por diente cada cinco años.       |                                  |
| D6602             | incrustación retenedora (molde de metal de alta nobleza, dos superficies)                                                  | \$0                          | No                                     | D6601-D6634<br>Uno por diente cada cinco años.       |                                  |
| D6603             | incrustación retenedora (molde de metal de alta nobleza, tres o más superficies)                                           | \$0                          | No                                     | D6601-D6634<br>Uno por diente cada cinco años.       |                                  |
| D6604             | incrustación retenedora (molde de metal predominantemente básico, dos superficies)                                         | \$0                          | No                                     | D6601-D6634<br>Uno por diente cada cinco años.       |                                  |
| D6605             | incrustación retenedora (molde predominantemente de metal básico, tres o más superficies)                                  | \$0                          | No                                     | D6601-D6634<br>Uno por diente cada cinco años.       |                                  |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                            | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                     | Se requiere documentación |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------|
| D6606      | incrustación retenedora (molde de metal noble, dos superficies)                    | \$0                   | No                              | D6601-D6634<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |
| D6607      | incrustación retenedora (molde de metal noble, tres o más superficies)             | \$0                   | No                              | D6601-D6634<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |
| D6608      | recubrimiento retenedor (porcelana/cerámica, dos superficies)                      | \$0                   | No                              | D6601-D6634<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |
| D6609      | recubrimiento retenedor (porcelana/cerámica, tres o más superficies)               | \$0                   | No                              | D6601-D6634<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |
| D6610      | recubrimiento retenedor (molde de metal de alta nobleza, dos superficies)          | \$0                   | No                              | D6601-D6634<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |
| D6611      | recubrimiento retenedor (molde de metal de alta nobleza, tres o más superficies)   | \$0                   | No                              | D6601-D6634<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |
| D6612      | recubrimiento retenedor (molde de metal base predominante, dos superficies)        | \$0                   | No                              | D6601-D6634<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |
| D6613      | recubrimiento retenedor (molde de metal base predominante, tres o más superficies) | \$0                   | No                              | D6601-D6634<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |
| D6614      | recubrimiento retenedor (molde de metal noble, dos superficies)                    | \$0                   | No                              | D6601-D6634<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |
| D6615      | recubrimiento retenedor (molde de metal noble, tres o más superficies)             | \$0                   | No                              | D6601-D6634<br>Uno por diente cada cinco años. |                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                      | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                    | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------|
| D6624             | incrustación retenedora (titanio)                                   | \$0                          | No                                     | D6601-D6634<br>Uno por diente cada cinco años.       |                                  |
| D6634             | recubrimiento retenedor (titanio)                                   | \$0                          | No                                     | D6601-D6634<br>Uno por diente cada cinco años.       |                                  |
| D6710             | corona retenedora (compuesto a base de resina, indirecta)           | \$0                          | No                                     | N/C                                                  |                                  |
| D6720             | corona retenedora (resina con metal de alta nobleza)                | \$0                          | No                                     | Un D6545, D6548 o D6720-D6792 por diente cada 5 años |                                  |
| D6721             | corona retenedora (resina con metal base predominante)              | \$0                          | No                                     | Un D6545, D6548 o D6720-D6792 por diente cada 5 años |                                  |
| D6722             | corona retenedora (resina con metal noble)                          | \$0                          | No                                     | Un D6545, D6548 o D6720-D6792 por diente cada 5 años |                                  |
| D6740             | corona retenedora (porcelana/cerámica)                              | \$0                          | No                                     | Un D6545, D6548 o D6720-D6792 por diente cada 5 años |                                  |
| D6750             | corona retenedora (porcelana fundida sobre metal de alta nobleza)   | \$0                          | No                                     | Un D6545, D6548 o D6720-D6792 por diente cada 5 años |                                  |
| D6751             | corona retenedora (porcelana fundida sobre metal base predominante) | \$0                          | No                                     | Un D6545, D6548 o D6720-D6792 por diente cada 5 años |                                  |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                   | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                           | Se requiere documentación |
|------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------|
| D6752      | corona retenedora (porcelana fundida sobre metal noble)                   | \$0                   | No                              | Un D6545, D6548 o D6720-D6792 por diente cada 5 años |                           |
| D6753      | corona retenedora (porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio) | \$0                   | No                              | Un D6545, D6548 o D6720-D6792 por diente cada 5 años |                           |
| D6780      | corona retenedora (molde 3/4 de metal de alta nobleza)                    | \$0                   | No                              | Un D6545, D6548 o D6720-D6792 por diente cada 5 años |                           |
| D6781      | corona retenedora (molde 3/4 de metal base predominante)                  | \$0                   | No                              | Un D6545, D6548 o D6720-D6792 por diente cada 5 años |                           |
| D6782      | corona retenedora (molde 3/4 de metal noble)                              | \$0                   | No                              | Un D6545, D6548 o D6720-D6792 por diente cada 5 años |                           |
| D6783      | corona retenedora (molde 3/4 de porcelana/cerámica)                       | \$0                   | No                              | Un D6545, D6548 o D6720-D6792 por diente cada 5 años |                           |
| D6784      | corona retenedora (molde 3/4 de titanio y de aleaciones de titanio)       | \$0                   | No                              | Un D6545, D6548 o D6720-D6792 por diente cada 5 años |                           |
| D6790      | corona retenedora (molde completo de metal de alta nobleza)               | \$0                   | No                              | Un D6545, D6548 o D6720-D6792 por diente cada 5 años |                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetnamedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                                                                      | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                                                      | <b>Se requiere documentación</b>                                |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| D6791             | corona retenedora (molde completo de metal base predominante)                                                                       | \$0                          | No                                     | Un D6545, D6548 o D6720-D6792 por diente cada 5 años                                   |                                                                 |
| D6792             | corona retenedora (molde completo de metal noble)                                                                                   | \$0                          | No                                     | Un D6545, D6548 o D6720-D6792 por diente cada 5 años                                   |                                                                 |
| D6793             | corona retenedora provisoria: Es necesario realizar un tratamiento adicional o completar el diagnóstico antes de la impresión final | \$0                          | No                                     |                                                                                        |                                                                 |
| D6794             | corona retenedora (titanio y aleaciones de titanio)                                                                                 | \$0                          | No                                     |                                                                                        |                                                                 |
| D6920             | barra conectora                                                                                                                     | \$0                          | No                                     |                                                                                        |                                                                 |
| D6930             | recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija                                                                          | \$0                          | No                                     | No facturable por el mismo proveedor dentro de los 6 meses posteriores a la colocación |                                                                 |
| D6940             | placa de descanso                                                                                                                   | \$0                          | No                                     |                                                                                        |                                                                 |
| D6950             | ajuste de precisión                                                                                                                 | \$0                          | No                                     |                                                                                        |                                                                 |
| D6980             | reparación de dentadura postiza parcial fija, reparación necesaria por falla en el material de restauración                         | \$0                          | No                                     |                                                                                        |                                                                 |
| D6985             | dentadura postiza parcial pediátrica (fija)                                                                                         | \$0                          | No                                     |                                                                                        |                                                                 |
| D6999             | procedimiento de prostodoncia fija no especificado (según informe)                                                                  | \$0                          | Sí                                     |                                                                                        | Descripción de la necesidad médica, radiografías preoperatorias |
| D7111             | extracción de restos de corona (diente primario)                                                                                    | \$0                          | No                                     | Uno por diente de por vida                                                             |                                                                 |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                                                                                               | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                 | Se requiere documentación          |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| D7140      | extracción de diente erupcionado o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps)                                                                                 | \$0                   | No                              |                            |                                    |
| D7210      | extracción del diente erupcionado que requiere la eliminación de hueso o el seccionamiento del diente, e incluye la elevación del colgajo mucoperiosteal si se indica | \$0                   | No                              |                            |                                    |
| D7220      | extracción de diente impactado (tejido blando)                                                                                                                        | \$0                   | Sí                              |                            | Radiografías preoperatorias        |
| D7230      | extracción de diente impactado (parcialmente óseo)                                                                                                                    | \$0                   | Sí                              |                            | Radiografías preoperatorias        |
| D7240      | extracción de diente impactado (completamente óseo)                                                                                                                   | \$0                   | Sí                              |                            | Radiografías preoperatorias        |
| D7241      | extracción de diente impactado (completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales)                                                                         | \$0                   | No                              | Uno por diente de por vida |                                    |
| D7250      | extracción de raíces de dientes residuales (procedimiento con incisión)                                                                                               | \$0                   | Sí                              |                            | Radiografías preoperatorias        |
| D7251      | coronectomía (extracción parcial intencional de dientes, solo de dientes impactados)                                                                                  | \$0                   | No                              | Uno por diente de por vida |                                    |
| D7260      | cierre de fístula oroantral                                                                                                                                           | \$0                   | No                              |                            |                                    |
| D7261      | cierre primario de una perforación de la membrana sinusal                                                                                                             | \$0                   | No                              |                            |                                    |
| D7272      | trasplante de dientes (incluye reimplantación de un lugar a otro y entablillado o estabilización)                                                                     | \$0                   | Sí                              |                            | Descripción de la necesidad médica |
| D7280      | exposición de un diente no erupcionado                                                                                                                                | \$0                   | No                              |                            |                                    |
| D7282      | movilización de diente erupcionado o mal posicionado para ayudar a la erupción                                                                                        | \$0                   | No                              |                            |                                    |
| D7283      | colocación de un dispositivo para facilitar la erupción de dientes impactados                                                                                         | \$0                   | No                              |                            |                                    |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                                                       | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                                      | <b>Se requiere documentación</b> |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| D7290             | reposicionamiento quirúrgico de dientes                                                                              | \$0                          | No                                     |                                                                        |                                  |
| D7291             | fibrotomía transeptal/supracrestal (según informe)                                                                   | \$0                          | No                                     |                                                                        |                                  |
| D7292             | cierre primario de una perforación de la membrana sinusal                                                            | \$0                          | No                                     |                                                                        |                                  |
| D7293             | colocación de dispositivo de anclaje temporal que requiere colgajo                                                   | \$0                          | No                                     |                                                                        |                                  |
| D7294             | colocación de dispositivo de anclaje temporal sin colgajo                                                            | \$0                          | No                                     |                                                                        |                                  |
| D7298             | extracción de dispositivo de anclaje temporal (placa de retención con tornillos) que requiere colgajo                | \$0                          | No                                     |                                                                        |                                  |
| D7299             | extracción de dispositivo de anclaje temporal que requiere colgajo                                                   | \$0                          | No                                     |                                                                        |                                  |
| D7300             | extracción de dispositivo de anclaje temporal sin colgajo                                                            | \$0                          | No                                     |                                                                        |                                  |
| D7310             | alveoloplastia junto con extracciones (cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante)                 | \$0                          | No                                     |                                                                        |                                  |
| D7311             | alveoloplastia junto con extracciones (uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante)                        | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D7310, D7311) por 1 de por vida por paciente, mismo cuadrante. | Radiografías preoperatorias      |
| D7320             | alveoloplastia que no se hace en conjunto con extracciones (cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante) | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D7320, D7321) por 1 de por vida por paciente, mismo cuadrante. | Radiografías preoperatorias      |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                                                                                                                            | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                                             | Se requiere documentación |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| D7321      | alveoloplastia no junto con extracciones (uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante)                                                                                                   | \$0                   | Sí                              | Uno de (D7320, D7321) por 1 de por vida por paciente, mismo cuadrante. | Modelos de diagnóstico    |
| D7340      | vestibuloplastia (extensión de reborde, epitelización secundaria)                                                                                                                                  | \$0                   | No                              |                                                                        |                           |
| D7350      | vestibuloplastia (extensión de reborde, incluidos injertos de tejido blando, reinserción muscular, revisión de la inserción de tejido blando y tratamiento de tejido hipertrofiado e hiperplásico) | \$0                   | No                              |                                                                        |                           |
| D7450      | extracción de quiste o tumor odontogénico benigno (lesión de hasta 1.25 cm de diámetro)                                                                                                            | \$0                   | Sí                              |                                                                        |                           |
| D7451      | extracción de quiste o tumor odontogénico benigno (lesión de más de 1.25 cm de diámetro)                                                                                                           | \$0                   | Sí                              |                                                                        | Informe de patología      |
| D7460      | extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno (lesión de hasta 1.25 cm de diámetro)                                                                                                         | \$0                   | Sí                              |                                                                        | Informe de patología      |
| D7461      | extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno (lesión de más de 1.25 cm de diámetro)                                                                                                        | \$0                   | Sí                              |                                                                        | Informe de patología      |
| D7471      | extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)                                                                                                                                             | \$0                   | No                              |                                                                        |                           |
| D7472      | extracción del rodete palatino                                                                                                                                                                     | \$0                   | No                              |                                                                        |                           |
| D7473      | extracción del rodete mandibular                                                                                                                                                                   | \$0                   | No                              |                                                                        |                           |
| D7485      | reducción de tuberosidad ósea                                                                                                                                                                      | \$0                   | No                              |                                                                        |                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                                                         | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>                                                                                                     | <b>Se requiere documentación</b>                                |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| D7510             | incisión y drenaje de abscesos (tejido blando intrabucal)                                                              | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D7510, D7511) por día por paciente, mismo diente. No se permite en la misma fecha de servicio que D7140-D7250 | Descripción de la necesidad médica, radiografías preoperatorias |
| D7511             | incisión y drenaje de abscesos (tejido blando intrabucal) complicado (incluye drenaje de múltiples espacios fasciales) | \$0                          | Sí                                     | Uno de (D7510, D7511) por día por paciente, mismo diente.                                                             | Descripción de la necesidad médica, radiografías preoperatorias |
| D7610             | maxilar, reducción abierta (dientes inmovilizados, si los hay)                                                         | \$0                          | Sí                                     |                                                                                                                       | Descripción de la necesidad médica, radiografías preoperatorias |
| D7620             | maxilar, reducción cerrada (dientes inmovilizados, si los hay)                                                         | \$0                          | Sí                                     |                                                                                                                       | Descripción de la necesidad médica, radiografías preoperatorias |
| D7630             | mandíbula, reducción abierta (dientes inmovilizados, si los hay)                                                       | \$0                          | Sí                                     |                                                                                                                       | Descripción de la necesidad médica, radiografías preoperatorias |
| D7640             | mandíbula, reducción cerrada (dientes inmovilizados, si los hay)                                                       | \$0                          | Sí                                     |                                                                                                                       | Descripción de la necesidad médica, radiografías preoperatorias |
| D7710             | maxilar, reducción abierta                                                                                             | \$0                          | Sí                                     |                                                                                                                       | Descripción de la necesidad médica, radiografías preoperatorias |
| D7720             | maxilar, reducción cerrada                                                                                             | \$0                          | Sí                                     |                                                                                                                       | Descripción de la necesidad médica, radiografías preoperatorias |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                                                              | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia | Se requiere documentación                                       |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------|
| D7730      | mandíbula, reducción abierta                                                                                                         | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica, radiografías preoperatorias |
| D7740      | mandíbula, reducción cerrada                                                                                                         | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica, radiografías preoperatorias |
| D7810      | reducción abierta de dislocación                                                                                                     | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica, radiografías preoperatorias |
| D7820      | reducción cerrada de dislocación                                                                                                     | \$0                   | Sí                              |            | Descripción de la necesidad médica, radiografías preoperatorias |
| D7921      | recolección y aplicación de producto concentrado de sangre autólogo                                                                  | \$0                   | Sí                              |            |                                                                 |
| D7922      | colocación del apósito biológico dentro de la cavidad para ayudar en la hemostasia o la estabilización de la coagulación (por lugar) | \$0                   | No                              |            |                                                                 |
| D7939      | indexación para osteotomía mediante navegación dinámica asistida por robot o dinámica                                                | \$0                   | No                              |            |                                                                 |
| D7953      | injerto para reemplazo óseo para la preservación del reborde (por lugar)                                                             | \$0                   | No                              |            |                                                                 |
| D7956      | regeneración guiada de tejido, área edéntula (barrera reabsorbible, por lugar)                                                       | \$0                   | No                              |            |                                                                 |
| D7957      | regeneración guiada de tejido, área edéntula (barrera no reabsorbible, por lugar)                                                    | \$0                   | No                              |            |                                                                 |
| D7961      | frenectomía bucal/labial (frenulectomía)                                                                                             | \$0                   | No                              |            |                                                                 |
| D7962      | frenectomía lingual (frenulectomía)                                                                                                  | \$0                   | No                              |            |                                                                 |
| D7963      | frenuloplastia                                                                                                                       | \$0                   | No                              |            |                                                                 |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                                                                                                | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Se requiere documentación</b>   |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| D7970             | extirpación de tejido hiperplásico (por arco)                                                                                                                 | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D7971             | extirpación de encía pericoronal                                                                                                                              | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D7972             | reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa                                                                                                                   | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D7979             | sialolitotomía no quirúrgica                                                                                                                                  | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D7998             | colocación intrabucal de un dispositivo de fijación que no se realiza junto con una fractura                                                                  | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D7999             | procedimiento de cirugía bucal no especificado (según informe)                                                                                                | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |
| D9110             | tratamiento paliativo del dolor dental (por consulta)                                                                                                         | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D9120             | seccionamiento de dentadura postiza parcial fija                                                                                                              | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D9130             | disfunción de la articulación temporomandibular (tratamientos físicos no invasivos), cada incremento posterior de 15 minutos, o cualquier parte de ese tiempo | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D9210             | anestesia local, sin procedimientos quirúrgicos u operaciones                                                                                                 | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D9211             | anestesia de bloqueo regional                                                                                                                                 | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D9212             | anestesia de bloqueo de una división del trigémino                                                                                                            | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D9215             | anestesia local junto con procedimientos quirúrgicos u operaciones                                                                                            | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D9219             | evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general                                                                                      | \$0                          | No                                     |                   |                                    |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                                                         | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia                                                                                                       | Se requiere documentación          |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| D9222      | Administración de sedación profunda/anestesia general (incremento en los primeros 15 minutos o cualquier parte de ese tiempo)   | \$0                   | Sí                              | Uno de (D9222, D9239) por día por entidad. No se permite en la misma fecha del servicio con D9230, D9243, D9246. | Descripción de la necesidad médica |
| D9223      | Administración de sedación profunda/anestesia general (cada incremento posterior de 15 minutos o cualquier parte de ese tiempo) | \$0                   | Sí                              | No se permite en la misma fecha del servicio con D9230 o D9239.                                                  | Descripción de la necesidad médica |
| D9230      | administración de óxido nitroso                                                                                                 | \$0                   | Sí                              | No se permite en la misma fecha del servicio con D9230 o D9239.                                                  |                                    |
| D9239      | Administración de sedación moderada (intravenosa), incremento en los primeros 15 minutos, o cualquier parte de ese tiempo       | \$0                   | Sí                              | Uno de (D9222, D9239) por día por entidad. No se permite en la misma fecha del servicio con D9223, D9230.        | Descripción de la necesidad médica |
| D9243      | Administración de sedación moderada (intravenosa) cada incremento posterior de 15 minutos, o cualquier parte de ese tiempo      | \$0                   | Sí                              | No se permite en la misma fecha del servicio con D9222 o D9230.                                                  | Descripción de la necesidad médica |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                                                        | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Se requiere documentación</b>   |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| D9310             | consulta (servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante) | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D9311             | consulta con un profesional de salud médica                                                                           | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D9410             | visita a domicilio o a un centro de atención prolongada                                                               | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D9420             | visita a hospital o centro quirúrgico ambulatorio                                                                     | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D9430             | visita al consultorio para observación (en el horario de atención habitual): Sin la prestación de otros servicios     | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D9440             | visita al consultorio (fuera del horario de atención habitual)                                                        | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D9450             | presentación de casos, posterior a la planificación de tratamiento detallada y exhaustiva                             | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D9610             | medicamento parenteral terapéutico (administración única)                                                             | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |
| D9612             | medicamentos parenterales terapéuticos (dos o más administraciones, diferentes medicamentos)                          | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D9613             | Infiltración de fármaco terapéutico de liberación sostenida (por cuadrante)                                           | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D9630             | medicamentos o drogas entregados en el consultorio para su administración en el hogar                                 | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D9910             | aplicación de medicamentos desensibilizantes, por diente                                                              | \$0                          | Sí                                     |                   | Descripción de la necesidad médica |
| D9911             | aplicación de resina desensibilizante para superficie cervical o radicular (por diente)                               | \$0                          | No                                     |                   |                                    |
| D9920             | control de la conducta (según informe)                                                                                | \$0                          | No                                     |                   |                                    |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Código CDT | Descripción del código de procedimiento                                                    | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia | Se requiere documentación |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------|---------------------------|
| D9930      | tratamiento de complicaciones posquirúrgicas (circunstancias no habituales, según informe) | \$0                   | No                              |            |                           |
| D9932      | limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble (maxilar)                    | \$0                   | No                              |            |                           |
| D9933      | limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble (mandibular)                 | \$0                   | No                              |            |                           |
| D9934      | limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble (maxilar)                     | \$0                   | No                              |            |                           |
| D9935      | limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble (mandibular)                  | \$0                   | No                              |            |                           |
| D9941      | fabricación de protector bucal                                                             | \$0                   | No                              |            |                           |
| D9942      | reparación o revestimiento de protector oclusal                                            | \$0                   | No                              |            |                           |
| D9943      | ajuste de protector oclusal                                                                | \$0                   | No                              |            |                           |
| D9944      | protector oclusal (aparato duro con arco completo)                                         | \$0                   | No                              |            |                           |
| D9945      | protector oclusal (aparato blando con arco completo)                                       | \$0                   | No                              |            |                           |
| D9946      | protector oclusal (aparato duro con arco parcial)                                          | \$0                   | No                              |            |                           |
| D9947      | fabricación y colocación de aparatos personalizados para la apnea del sueño                | \$0                   | No                              |            |                           |
| D9948      | ajuste del aparato personalizado para la apnea del sueño                                   | \$0                   | No                              |            |                           |
| D9949      | reparación del aparato personalizado para la apnea del sueño                               | \$0                   | No                              |            |                           |
| D9950      | molde de análisis de oclusión bucal                                                        | \$0                   | No                              |            |                           |
| D9951      | ajuste oclusal (limitado)                                                                  | \$0                   | No                              |            |                           |
| D9952      | ajuste oclusal (completo)                                                                  | \$0                   | No                              |            |                           |
| D9953      | revestimiento del aparato personalizado para la apnea del sueño (indirecto)                | \$0                   | No                              |            |                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Código CDT</b> | <b>Descripción del código de procedimiento</b>                                                                                                        | <b>Pagos de los miembros</b> | <b>Se requiere autorización previa</b> | <b>Frecuencia</b>   | <b>Se requiere documentación</b>   |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|---------------------|------------------------------------|
| D9954             | fabricación y entrega de un dispositivo de reposicionamiento matutino para tratamiento con aparatos bucales (OAT)                                     | \$0                          | No                                     |                     |                                    |
| D9955             | consulta para ajuste del tratamiento con aparatos bucales (OAT)                                                                                       | \$0                          | No                                     |                     |                                    |
| D9970             | microabrasión de esmalte                                                                                                                              | \$0                          | No                                     |                     |                                    |
| D9971             | odontoplastia (por diente)                                                                                                                            | \$0                          | No                                     |                     |                                    |
| D9992             | administración de casos dentales (coordinación de atención)                                                                                           | \$0                          | No                                     |                     |                                    |
| D9993             | administración de casos dentales (entrevistas motivacionales)                                                                                         | \$0                          | No                                     |                     |                                    |
| D9994             | administración de casos dentales (educación del paciente para mejorar el conocimiento sobre el cuidado bucal)                                         | \$0                          | No                                     |                     |                                    |
| D9995             | teleodontología sincrónica (encuentro en tiempo real)                                                                                                 | \$0                          | No                                     |                     |                                    |
| D9996             | teleodontología (asincrónica; información almacenada y remitida al dentista para una revisión futura)                                                 | \$0                          | No                                     |                     |                                    |
| D9997             | administración de casos dentales (pacientes con necesidades de atención médica especiales)                                                            | \$0                          | No                                     |                     |                                    |
| D9998             | administración de casos dentales: Servicios de transición de la etapa pediátrica a la adulta, pacientes con necesidades especiales de atención médica | \$0                          | No                                     | Una vez de por vida |                                    |
| D9999             | procedimiento complementario no especificado (según informe)                                                                                          | \$0                          | Sí                                     |                     | Descripción de la necesidad médica |

**Costos que paga de su bolsillo**

Es posible que usted sea responsable de pagar los servicios y cargos facturados por un proveedor que supere las limitaciones de cobertura. También es posible que deba pagar su costo compartido en el momento del servicio. Los acuerdos de facturación son entre usted y el proveedor. Además, si obtiene servicios de un proveedor dental que no forme parte de nuestra red, es posible que deba pagar hasta el costo total del servicio en el momento en que se presten los servicios. Y luego enviar una solicitud de reembolso. Se revisará la solicitud de reembolso y se tomará una decisión según la información



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

proporcionada. Los reembolsos no están garantizados. Puede enviar un formulario de reembolso de miembro médico a Aetna Medicare, PO Box 981106, El Paso, TX 79998-1106. Puede obtener este formulario llamando al Departamento de Servicios para Miembros o puede completar y enviar el formulario en línea en [AetnaMedicare.com/forms](https://www.aetna.com/forms).

### **Limitaciones y exclusiones**

1. La cobertura se encuentra limitada a los servicios y a las frecuencias de servicios mencionados en el Programa de beneficios. Si un servicio no está especificado en esa lista, quiere decir que no tiene cobertura.
2. Los servicios dentales prestados fuera de Estados Unidos o los territorios estadounidenses no están cubiertos de conformidad con el beneficio dental complementario.
3. No se cubren los gastos relacionados con las consultas perdidas, la preparación o copia de informes dentales, la duplicación de radiografías, las facturas detalladas o los formularios de reclamación.
4. No está cubierto el tratamiento por lesiones o afecciones cubierto por la compensación laboral o las leyes de responsabilidad civil del empleador, ni el tratamiento proporcionado sin costo por algún municipio, condado o cualquier otra subdivisión política.
5. No está cubierto el tratamiento que se realice como consecuencia de insurrección civil, el deber en forma de miembro de las fuerzas armadas en cualquier estado o país, la participación en un acto de guerra declarada o no declarada, la explosión nuclear intencional o no intencional, y otros tipos de liberación de energía nuclear en tiempos de paz o de guerra.
6. No está cubierto ningún tratamiento que tenga cobertura de un plan médico individual o grupal, seguro automotor, seguro automotor sin culpa o sin póliza contra conductores no asegurados, en la medida en que lo permita la ley federal o estatal.
7. No se cubren los servicios de ortodoncia ni ningún servicio relacionado con la ortodoncia
8. No se cubren los servicios de implante ni ningún servicio relacionado con los implantes
9. No se cubren las prótesis maxilofaciales
10. No se cubren los servicios dentales por motivos cosméticos o estéticos
11. No se cubren los servicios de blanqueamiento dental ni de microabrasión del esmalte
12. Los servicios no especificados según informe (Códigos dentales: D##99) no están cubiertos.
13. No se cubren los servicios dentales relacionados con el síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ), a menos que el código dental relacionado se incluya en el programa de beneficios
14. No se cubren los servicios electivos
15. La anestesia general o la sedación consciente no son un servicio cubierto, a menos que se basen en la revisión clínica de la documentación proporcionada y administrada por un dentista o profesional de atención médica junto con procedimientos quirúrgicos bucales, procedimientos quirúrgicos periodontales y óseos, o procedimientos quirúrgicos periarticulares cubiertos para los servicios cubiertos.
16. No se cubren los cambios en la dimensión vertical de los dientes ni la restauración/mantenimiento de la oclusión, incluido el registro o el análisis de la mordida.
17. No se cubren la ferulización dental, incluidos los pilares múltiples, ni ningún servicio para estabilizar los dientes debilitados periodontalmente.
18. No se cubre el reemplazo de estructuras dentales perdidas como consecuencia de la abrasión, la atrición, la erosión o la abfracción.
19. Las limitaciones de frecuencia del plan seguirán aplicándose cuando haya un reemplazo de un dispositivo o electrodoméstico que se pierda, falte, se robe o se dañe por abuso, mal uso o



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

## Capítulo 4. Tabla de beneficios

---

negligencia.

20. Los procedimientos dentales solo están cubiertos cuando los realiza un dentista autorizado en los EE. UU. o en cualquier territorio de los EE. UU.
21. No se cubre el mantenimiento periodontal a menos que haya antecedentes de raspado y alisado radicular o tratamiento periodontal quirúrgico.
22. No se cubren los ajustes de dentadura postiza realizados dentro de los 6 meses posteriores a la colocación/instalación, revestimiento o rebasado de dentadura postiza.
23. No se cubren el revestimiento ni el rebasado de dentadura postiza, si figuran como cubiertos en su programa de beneficios, realizados dentro de los 6 meses posteriores a la colocación de una dentadura postiza completa o inmediata.
24. No se cubre el acondicionamiento de tejido realizado dentro de los 6 meses a partir de la colocación, revestimiento o rebasado.
25. Para los procedimientos dentales cubiertos que figuren en su programa de beneficios, la fecha de tratamiento a los fines de la facturación se define por la finalización de procedimientos específicos. Para las dentaduras postizas removibles (completas y parciales), esto es la fecha de entrega. En el caso de las incrustaciones, recubrimientos, coronas, carillas y puentes, es la fecha de cementación final. En el caso de los tratamientos de conducto, es la fecha en que se coloca la obturación final.
26. No se cubren los procedimientos que se consideran experimentales, de investigación o no probados. Esto incluye los regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de Terapias Dentales de la Asociación Dental Americana.
27. Si se cancela esta política o se cambian los servicios dentales cubiertos para este plan, este plan no cubrirá la atención o el tratamiento en curso. Esto incluye todos los procedimientos de citas múltiples.
28. No se cubren los servicios ni los suministros proporcionados en relación con el tratamiento o la atención que no estén cubiertos por el plan.

### Necesidad médica

Su plan cubre servicios de atención dental clínicamente apropiados. Este es un requisito para que reciba un beneficio cubierto por este plan. Los servicios de atención dental que determinamos que un proveedor con juicio clínico prudente brindará al paciente con el propósito de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, enfermedad o sus síntomas y que nosotros determinamos:

1. Clínicamente apropiado, en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración, y considerado eficaz para la enfermedad del paciente, lesión o enfermedad.
2. No es principal para la conveniencia del paciente, dentista u otro proveedor de atención médica
3. No es más costoso que una secuencia o servicio alternativos, al menos con probabilidad de producir los mismos beneficios o resultados de diagnóstico según el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, lesión o enfermedad del paciente

La necesidad médica se determina mediante criterios que:

- Son compatibles con las normas generalmente aceptadas de la práctica dental
- Se basan en la evidencia de la bibliografía revisada por pares y guías clínicas
- Se aplican de manera uniforme y sin tener en cuenta las consideraciones de costos

---

## E. Servicios de exención



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| <b>Servicios del Programa de Exención: servicios basados en el hogar y la comunidad que cubre nuestro plan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Lo que usted paga</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <p><b>Personas de edad avanzada</b></p> <p>Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (DOA)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios diurnos para adultos (ADS)</li> <li>• transporte de servicio diurno para adultos</li> <li>• servicios en el hogar (empleada doméstica)</li> <li>• servicios de respuesta ante emergencias en el hogar</li> <li>• Dispensador automático de medicamentos (AMD)</li> </ul> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$0                      |
| <p><b>Personas con discapacidades</b></p> <p>Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios diurnos para adultos (ADS)</li> <li>• transporte de servicio diurno para adultos</li> <li>• adaptaciones de accesibilidad ambiental</li> <li>• auxiliar de atención médica a domicilio</li> <li>• proveedor individual (IP)</li> <li>• enfermería</li> <li>• enfermería intermitente</li> <li>• terapia ocupacional</li> <li>• fisioterapia</li> <li>• terapia del habla</li> <li>• servicios en el hogar (empleada doméstica)</li> <li>• entrega de comidas a domicilio</li> <li>• sistema personal de respuesta para emergencias</li> <li>• cuidados paliativos</li> <li>• equipo médico especializado</li> </ul> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p> | \$0                      |
| <p><b>Personas con VIH/SIDA</b></p> <p>Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• atención diurna para adultos</li> <li>• transporte</li> <li>• adaptaciones de accesibilidad ambiental</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$0                      |
| <i>Este beneficio continúa en la siguiente página.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios**

| <b>Servicios del Programa de Exención: servicios basados en el hogar y la comunidad que cubre nuestro plan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Lo que usted paga</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Personas con VIH/SIDA</b> <i>(continuación)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• auxiliar de atención médica a domicilio</li> <li>• proveedor individual (IP)</li> <li>• enfermería</li> <li>• enfermería intermitente</li> <li>• terapia ocupacional</li> <li>• fisioterapia</li> <li>• terapia del habla</li> <li>• servicios en el hogar (empleada doméstica)</li> <li>• entrega de comidas a domicilio</li> <li>• sistema personal de respuesta para emergencias</li> <li>• cuidados paliativos</li> <li>• equipos y suministros médicos especializados</li> </ul> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>                                                                                                                                                                                                        |                          |
| <b>Personas con una lesión cerebral</b><br>Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS) <ul style="list-style-type: none"> <li>• atención diurna para adultos</li> <li>• transporte de atención diurna para adultos</li> <li>• habilitación diurna</li> <li>• adaptaciones de accesibilidad ambiental</li> <li>• auxiliar de atención médica a domicilio</li> <li>• proveedor individual (IP)</li> <li>• enfermería</li> <li>• enfermería intermitente</li> <li>• servicios prevocacionales</li> <li>• servicios en el hogar (empleada doméstica)</li> <li>• entrega de comidas a domicilio</li> <li>• sistema personal de respuesta para emergencias</li> <li>• cuidados paliativos</li> <li>• equipos y suministros médicos especializados</li> <li>• empleo con apoyo</li> <li>• terapias (ocupacionales, físicas, del habla)</li> <li>• terapias cognitivo-conductuales</li> </ul> | \$0                      |
| Este beneficio continúa en la siguiente página.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

| Servicios del Programa de Exención: servicios basados en el hogar y la comunidad que cubre nuestro plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lo que usted paga |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Personas con una lesión cerebral</b> ( <i>continuación</i> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |
| <b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |
| <b>Programa de Vida con Apoyo</b><br>Servicios de Atención Médica y Familiares (HFS)<br>El Programa de Vida Asistida (SLP) ofrece servicios de vida asistida. Es una alternativa a la atención tradicional en un hogar de convalecencia al combinar viviendas estilo apartamento con atención personal y servicios de apoyo.<br><br>Los servicios de vida asistida pueden incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• promoción de la salud</li> <li>• enfermería intermitente</li> <li>• supervisión de medicamentos</li> <li>• atención personal</li> <li>• hacer las tareas domésticas</li> <li>• lavar la ropa</li> <li>• promoción social/recreativa</li> <li>• sistema de llamada de emergencia</li> <li>• control del bienestar</li> <li>• mantenimiento</li> <li>• sistema de llamada de emergencia</li> <li>• comidas y tentempiés</li> <li>• programa de ejercicios</li> <li>• Personal de seguridad de respuesta las 24 horas</li> </ul> | \$0               |
| <b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |

## F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Medicaid de Illinois.

### F1. Transporte que no sea de emergencia

Los servicios de ambulancia terrestre que no sean de emergencia (no cubiertos por Medicare) se excluyen del cuidado administrado de Medicaid. Todavía se incluye como un beneficio para miembros, pero los proveedores de ambulancias facturan directamente a HFS. **Nuestro plan lo ayudará a coordinar estos servicios.**



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

## **G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medicaid de Illinois**

En esta sección se describen los beneficios excluidos por nuestro plan. El término “excluidos” significa que nosotros 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 mencionan en esta sección (o en alguna otra parte en este *Manual para miembros*), salvo en las circunstancias determinadas que se indican. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no pagará los servicios. Si considera que nuestro plan debe pagar por un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

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 Medicaid de Illinois, 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 este *Manual para miembros* 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.
- Atención de enfermería privada.
- Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería, por ejemplo, un teléfono o televisor.
- Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.
- 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 antienviejecimiento 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 manual de la columna de acuerdo con las pautas de cobertura.
- Queratotomía radial y cirugía LASIK.
- Procedimientos para revertir la esterilización.
- Servicios de un naturoterapeuta (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios brindados a los veteranos en los centros de Asuntos de Veteranos (VA). No obstante, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido del VA es superior al costo compartido de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

Usted sigue siendo responsable de los montos de costo compartido.

- Servicios o productos provistos con el propósito de causar, o con el propósito de ayudar a causar, la muerte de un inscrito, como por suicidio asistido, eutanasia o muerte por piedad, excepto que se permita lo contrario en la Ley Pública 105-12, Sección 3(b), que está incorporada por la Sección 1903(i)(16) de la Administración del Seguro Social (SSA)



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetnamedicare.com/ILDSNP)**.

# Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes externos

## Introducción

En este capítulo se explican las normas para obtener los medicamentos 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 Medicaid de Illinois. El **Capítulo 6** de este *Manual para miembros* le explica lo que usted paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se comentaron 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 este *Manual para miembros*.
- 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 F3** del **Capítulo 5** “En un programa de hospicio certificado por Medicare”.

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

Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando cumpla las normas de esta sección.

Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que le emita una receta, la cual 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 que preste atención.

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

Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la **Sección A** para obtener más información). O bien, puede obtener su medicamento con receta a través del servicio de pedido por correo del plan.

Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* de nuestro plan. Nosotros la denominamos “*Lista de medicamentos*” para abreviarla. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no está en la *Lista de medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo al hacer 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 ciertas referencias médicas. La persona autorizada a emitir recetas puede ayudarlo a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento con receta. Una **indicación médicamente aceptada** es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

Alimentos y Medicamentos, o avalado por ciertas referencias.

Es posible que su medicamento necesite la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que lo cubramos. Consulte la **Sección C** de este capítulo.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetnamedicare.com/ILDSNP)**.

# Índice

## **Capítulo 5 Cómo obtener sus medicamentos para pacientes externos**

|                                                                                                                                      |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>A. Cómo obtener medicamentos con receta</b>                                                                                       | <b>181</b> |
| A1. Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red                                                                    | 181        |
| A2. Cómo utilizar su tarjeta de identificación de miembro cuando obtiene un medicamento con receta                                   | 181        |
| A3. Qué puede hacer si cambia de farmacia de la red                                                                                  | 181        |
| A4. Qué hacer si su farmacia deja de participar en la red                                                                            | 181        |
| A5. Cómo utilizar una farmacia especializada                                                                                         | 182        |
| A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos                                                   | 182        |
| A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos                                                                         | 184        |
| A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan                                                                 | 184        |
| A9. Devolverle el costo de un medicamento con receta                                                                                 | 185        |
| <b>B. La Lista de medicamentos de nuestro plan</b>                                                                                   | <b>185</b> |
| B1. Medicamentos en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>                                                                             | 185        |
| B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>                                                            | 186        |
| B3. Medicamentos no incluidos en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>                                                                | 186        |
| B4. Niveles de costo compartido de la Lista de medicamentos                                                                          | 187        |
| <b>C. Límites para algunos medicamentos</b>                                                                                          | <b>188</b> |
| <b>D. Motivos por los que el medicamento puede no estar cubierto</b>                                                                 | <b>189</b> |
| D1. Obtener un suministro temporal                                                                                                   | 190        |
| D2. Pedir un suministro temporal                                                                                                     | 191        |
| D3. Pedir una excepción                                                                                                              | 191        |
| <b>E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos</b>                                                                                | <b>192</b> |
| <b>F. Cobertura de medicamentos en casos especiales</b>                                                                              | <b>194</b> |
| F1. En un hospital o centro de atención de enfermería especializada para una estadía que nuestro plan cubre                          | 194        |
| F2. En un centro de atención a largo plazo                                                                                           | 194        |
| F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare                                                                              | 194        |
| <b>G. Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos</b>                                                          | <b>195</b> |
| G1. Programas para ayudarlo a utilizar los medicamentos de forma segura                                                              | 195        |
| G2. Programas para ayudarlo a administrar sus medicamentos                                                                           | 195        |
| G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura sus medicamentos opioides | 196        |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

## **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 usar cualquiera de nuestras farmacias de la red. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red).

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

### **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 la parte que nos corresponde del costo de su medicamento cubierto. Es posible que deba pagarle a la farmacia un copago en el momento de retirar su medicamento con receta.

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, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción del plan.

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 por la parte que nos corresponde. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de inmediato.** Haremos todo lo que podamos para ayudar.

- Para solicitarnos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*.
- Si necesita ayuda para obtener un medicamento con receta, comuníquese con su coordinador de atención o 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 comunicarse con su coordinador de atención o el Departamento de Servicios para Miembros.

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

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de servicios del plan, deberá buscar una nueva



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

farmacia de la red.

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

### **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 limitados por la 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, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.

### **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 de nuestro plan están marcados como medicamentos de pedido por correo en nuestra *Lista de medicamentos*.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de 100 días como máximo. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

#### **Cómo obtener sus medicamentos con receta por correo**

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos por correo, visite nuestro sitio web ([AetnaMedicare.com/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP)) 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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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.

### **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 las detuvo.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si lo quería antes de enviarlo, puede ser elegible para un reembolso.

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 facture y se le envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comunique 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.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

### **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 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 cualquiera de las instrucciones especiales que pueda requerir.

### **A7. Cómo 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. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

En el caso de ciertas clases de medicamentos, 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. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte con su coordinador de atención o el Departamento de Servicios para Miembros primero para averiguar si hay alguna farmacia de la red cerca.

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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

- 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.

Si necesita ir a una farmacia fuera de la red por cualquiera de las razones mencionadas anteriormente, el plan cubrirá un suministro de medicamentos para 10 días como máximo.

### **A9. Devolverle el costo de un medicamento con receta**

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, debe pagar el costo total en lugar de un copago cuando obtiene su medicamento con receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Para obtener más información sobre este tema, consulte el **Capítulo 7** del *Manual para miembros*.

---

## **B. La 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 Medicaid de Illinois.

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende con un nombre de marca que sea propiedad del fabricante de medicamentos. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. 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. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos

---



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales, y suelen ser más económicos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas de biosimilar para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la legislación estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesitar una nueva receta, como los medicamentos genéricos pueden sustituirse por los medicamentos de marca.

Consulte el **Capítulo 12** para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la *Lista de medicamentos*.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos OTC. Algunos 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:

- Consulte la *Lista de medicamentos* más reciente que proporcionamos de manera electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan en [Aetna.com/medicare-dsnp/illinois/materials-forms-resources.html](https://www.aetna.com/medicare-dsnp/illinois/materials-forms-resources.html). La *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a su coordinador de atención o 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). 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 en la *Lista de medicamentos* que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros.

## **B3. Medicamentos no incluidos en nuestra *Lista de medicamentos***

No cubrimos todos los medicamentos.

- 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*.
- En algunos casos, puede obtener un medicamento que no figura en nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**.

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** del *Manual para miembros* para obtener más información sobre las apelaciones.

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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

1. La cobertura para medicamentos para pacientes externos de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D y Medicaid de Illinois) 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 para pacientes externos.
2. Nuestro plan no puede cubrir 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 u otro proveedor 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 Medicaid de Illinois pueden cubrir los tipos de medicamentos detallados a continuación.

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

#### **B4. Niveles de costo compartido de la Lista de medicamentos**

Todos los medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* se encuentran en uno de los 5 niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos que, por lo general, son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre). En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento.

- **Nivel 1: Medicamento genérico preferido**  
Muchos medicamentos genéricos comunes de menor costo.
- **Nivel 2: Medicamento genérico**  
Medicamentos genéricos de mayor costo.
- **Nivel 3: Medicamento de marca preferido**  
Muchos medicamentos de marca comunes, como también algunos medicamentos genéricos con un costo más alto.
- **Nivel 4: Medicamento no preferido**  
Medicamentos de mayor costo de marca y genéricos para los que, por lo general, existen alternativas de menor costo.
- **Nivel 5: Medicamento especializado**  
Medicamentos de marca y genéricos de alto costo que cumplen la definición de medicamento especializado de Medicare.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en nuestra *Lista de*



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

*medicamentos.*

El monto que paga por los medicamentos en cada nivel se muestra en el **Capítulo 6** de su *Manual para miembros*.

---

## **C. Límites para algunos medicamentos**

Para ciertos medicamentos, 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 menor costo funciona igual de bien que uno de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de medicamentos*. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor, y es posible que se apliquen diferentes restricciones a las diferentes versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

**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 piensan que nuestra norma no debe aplicarse a su situación, pídanos que usemos el proceso de decisión de cobertura para hacer 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** del *Manual para miembros*.

### **1. Limitar el uso de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando hay, respectivamente, una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible**

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

- Por lo general, no pagamos por el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha comunicado el motivo médico por el que ni el medicamento genérico, ni el biosimilar intercambiable, ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.
- El copago que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca o producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable.

### **2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado**



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

Para algunos medicamentos, usted o la persona autorizada a emitir recetas deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de obtener su medicamento con receta. Esto se denomina autorización previa. Se pone en marcha para garantizar la seguridad para los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web en [aetnamedicare.com/ILDSNP-pharmacy](https://aetnamedicare.com/ILDSNP-pharmacy) para obtener mayor información sobre la autorización previa.

### 3. Pruebe un medicamento diferente primero

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. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web en [AetnaMedicare.com/ILDSNP-Pharmacy](https://AetnaMedicare.com/ILDSNP-Pharmacy) para obtener mayor información sobre el tratamiento escalonado.

### 4. Límites de cantidades

Limitamos la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que puede recibir 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 [Aetna.com/medicare-dsnp/illinois/materials-forms-resources.html](https://Aetna.com/medicare-dsnp/illinois/materials-forms-resources.html). 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 este *Manual para miembros*.

---

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

Tratamos de hacer que su cobertura de 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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

plan tienen normas que limitan su uso. En algunos casos, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos una excepción.

- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más de lo que usted considera que debería ser.

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 este no figura en nuestra *Lista de medicamentos* o se limita de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de obtener un medicamento diferente o para pedirnos que cubramos el medicamento. **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 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 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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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 31 días) de los medicamentos correspondientes.
- Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

## **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:

- 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.

### **O**

- 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 limitará 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).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual*



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

para miembros.

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

---

## **E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos**

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

- Decidir solicitar o no solicitar autorización 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 un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. 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 igual de bien que un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos* ahora salga al mercado, o
- Descubramos que un medicamento no es seguro, o
- Un medicamento se elimina del mercado.

### **¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura de un medicamento que está tomando?**

Para obtener más información sobre qué sucede cuando cambia nuestra *Lista de medicamentos*, siempre puede hacer lo siguiente:

- Consulte nuestra *Lista de medicamentos* vigente en línea en [Aetna.com/medicare-dsnp/illinois/materials-forms-resources.html](https://www.aetna.com/medicare-dsnp/illinois/materials-forms-resources.html) 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.

### **Cambios que podríamos hacer en la *Lista de medicamentos* que lo afectarían durante el año actual del plan**

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* se aplicarán inmediatamente. Entre algunos de los ejemplos, se incluyen los siguientes:

- **Un nuevo medicamento genérico se encuentra disponible.** A veces, un nuevo medicamento genérico o biosimilar que funciona al igual que un medicamento de marca o producto biológico original en nuestra *Lista de medicamentos* sale al mercado ahora. Si esto sucede, podemos eliminar



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo para el nuevo medicamento permanecerá igual o será menor.

Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus normas o límites de cobertura.

- Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hayamos realizado una vez que suceda.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

**Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos que se retiren del mercado.** A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podemos eliminarlo inmediatamente de nuestra *Lista de medicamentos*. Si está tomando ese medicamento, le enviaremos un aviso después de que realicemos el cambio. 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.

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 que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que haya estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros*.

### **Cambios en la *Lista de medicamentos* que no le afectan durante el año actual del plan**

Podemos realizar cambios en los medicamentos que tome que no se describan anteriormente y que no le afecten ahora. En el caso de dichos cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos al **comienzo** del año, en general, no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que usted esté tomando, aumentamos lo que usted paga por el medicamento o limitamos su uso, entonces, el cambio no afecta su uso del medicamento o lo que usted paga por el medicamento durante el resto del año.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

Si cualquiera de estos cambios afecta a un medicamento que esté tomando (excepto por los cambios mencionados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del siguiente año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual. Deberá consultar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios que le afecten durante el próximo año de plan.

---

## **F. Cobertura de 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 sus medicamentos 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.

Para obtener más información sobre la cobertura de los medicamentos y cuánto debe pagar, consulte el **Capítulo 6**.

### **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 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**

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

- Puede estar inscrito en un hospicio de Medicare y necesitar ciertos medicamentos (por ejemplo, para el dolor, las náuseas, laxante o ansiolítico) que su hospicio no cubre porque no están relacionados 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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a 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 este *Manual para miembros* 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 similar que hace lo mismo.
- Puede que no sean seguros para su edad o género.
- Podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo.
- Tienen ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico.
- Pueden tener un error en la cantidad (dosis).
- Tienen cantidades peligrosas de medicamentos opioides para el dolor.

Si encontramos un posible problema en su uso de los medicamentos, 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 califica 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.
- 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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

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 la persona autorizada a emitir recetas sobre su plan de acción y la 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 califiquen. 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, avísenos y lo sacaremos de él.

Si tiene preguntas sobre el programa, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o su coordinador de atención.

### **G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura sus medicamentos opioides**

Tenemos 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. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varias personas autorizadas a emitir recetas o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con estas personas para asegurarnos de que el uso de sus medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con las personas autorizadas a dar recetas, decidimos que el uso de los medicamentos opioides o las benzodiazepinas con receta puede no ser seguro para usted, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir:

- Requerirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en determinadas farmacias.
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinadas personas autorizadas a dar recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si decidimos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le explicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si usted deberá obtener las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o una farmacia específicos.

**Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas a dar receta o farmacias prefiere usar y cualquier información que crea importante que sepamos.** Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirmen las limitaciones.



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

Si cree que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas pueden apelar. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si continuamos negando alguna parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se apliquen a su acceso a 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 este *Manual para miembros*.

Es posible que el DMP no se aplique a su caso si ocurre lo siguiente:

- 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 a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetnamedicare.com/ILDSNP).

# Capítulo 6: Lo que usted paga por los medicamentos de Medicare y Medicaid de Illinois

## Introducción

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

- Medicamentos de la Parte D de Medicare.
- Medicamentos y productos cubiertos por Medicaid de Illinois.
- Medicamentos y productos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Como usted es elegible para Medicaid de Illinois, recibe Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir los medicamentos de la Parte D de Medicare. Le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no posee este inserto, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

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

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

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

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
  - La denominamos *Lista de medicamentos*. En esta se indica lo siguiente:
    - Los medicamentos que pagamos.
    - En cuál de los 5 niveles de costo compartido se encuentra cada medicamento.
    - 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 [Aetna.com/medicare-dsnp/illinois/materials-forms-resources.html](https://www.aetna.com/medicare-dsnp/illinois/materials-forms-resources.html).
- El **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*.
  - Describe cómo obtener los medicamentos para pacientes externos a través de nuestro plan.
  - Incluye las normas que debe cumplir. También indica qué tipos de medicamentos nuestro plan no cubre.
  - Cuando utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la **Sección B2, Capítulo 5**), el costo que se muestra es un valor estimativo de los costos de su bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

## Capítulo 6. Lo que usted paga por los medicamentos de Medicare y Medicaid de Illinois

---

- 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 este *Manual para miembros*.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

# Índice

## **Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de Medicare y Medicaid de Illinois**

|                                                                                                             |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>A. Explicación de beneficios (EOB)</b>                                                                   | <b>201</b> |
| <b>B. Cómo hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos</b>                                       | <b>201</b> |
| B1. ¿Qué sucede si encuentra errores en este resumen?                                                       | 202        |
| B2. ¿Qué sucede en caso de un posible fraude?                                                               | 202        |
| <b>C. Etapas de pago de medicamentos para los medicamentos de la Parte D de Medicare</b>                    | <b>203</b> |
| <b>D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial</b>                                                            | <b>203</b> |
| D1. Sus opciones de farmacia                                                                                | 204        |
| D2. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo                                                | 204        |
| D3. Lo que usted paga                                                                                       | 204        |
| D4. Final de la Etapa de cobertura inicial                                                                  | 209        |
| <b>E. Etapa 2: La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas</b>                                       | <b>210</b> |
| <b>F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo</b> | <b>210</b> |
| <b>G. Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D</b>                                                   | <b>210</b> |
| G1. Lo que debe saber antes de vacunarse                                                                    | 211        |
| G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare                                    | 211        |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

## **A. Explicación de beneficios (EOB)**

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa cuando obtiene medicamentos con receta en la farmacia. 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. Esto incluye lo que pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizados por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos de la Ayuda adicional de Medicare, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA y organizaciones benéficas.
- **Los costos totales de los medicamentos.** Este es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que nuestro plan pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando recibe medicamentos 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, como aumentos en el precio y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Puede hablar con la persona autorizada a emitir recetas sobre estas opciones de menor costo. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información para el mes.** El resumen describe qué medicamentos 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.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Este es el precio total del medicamento y los cambios en el precio del medicamento desde el primer surtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando corresponda, información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos menores para cada medicamento con receta.

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.
- Medicaid solo cubrió los medicamentos de OTC que no fueron pagados por Medicaid para ser incluidos como un beneficio complementario de Medicare.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *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.**



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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.**

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que pagó. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento.

A continuación, le presentamos ejemplos de cuándo debe brindarnos las 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 en circunstancias especiales.

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*.

## **3. Envíenos la información sobre los pagos que terceros realicen 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. Esto puede ayudarlo a calificar para cobertura en situaciones catastróficas. Cuando llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.

## **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?

### **B1. ¿Qué sucede si encuentra errores en este resumen?**

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web en [AetnaMedicare.com/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

### **B2. ¿Qué sucede en caso de un posible fraude?**



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

## Capítulo 6. Lo que usted paga por los medicamentos de Medicare y Medicaid de Illinois

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

- Llámenos al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).
- 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.
- Si sospecha que un proveedor de Medicaid (por ejemplo, un médico, un hospital, un hogar de convalecencia, un asistente personal) o una organización de cuidado administrado estén cometiendo fraude, llame al **1-844-ILFRAUD/1-844-453-7283**.

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. Etapas de pago de medicamentos para los medicamentos de la Parte D de Medicare

Hay dos etapas de pago de medicamentos en su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en virtud de nuestro plan. El monto que paga por cada medicamento con receta depende de su nivel de Ayuda adicional y de la etapa en que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Estas son las dos etapas:

| Etapa 1: Etapa de cobertura inicial                                                                                                                                                          | Etapa 2: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Durante esta etapa, pagamos parte del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. Comienza en esta etapa cuando obtiene la primera receta del año.</p> | <p>Durante esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2027.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando ha pagado una determinada cantidad de costos que paga de su bolsillo.</p> |

#### D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, pagamos una parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. El copago depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre el medicamento y de dónde lo obtenga.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número del nivel, mayor es el copago. Para encontrar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, puede consultar nuestra *Lista de medicamentos*.



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP)**.

- **Nivel 1: Medicamento genérico preferido** - Muchos medicamentos genéricos comunes de menor costo.
- **Nivel 2: Medicamento genérico** - Medicamentos genéricos de mayor costo.
- **Nivel 3: Medicamento de marca preferido** - Muchos medicamentos de marca comunes, como también algunos medicamentos genéricos de mayor costo.
  - Según su nivel de Ayuda adicional, usted pagará un deducible anual de \$0 a \$700 en concepto de sus medicamentos de Nivel 3. Usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 hasta que haya alcanzado el deducible anual.
- **Nivel 4: Medicamento no preferido** - Medicamentos de mayor costo de marca y genéricos para los que, por lo general, existen alternativas de menor costo.
  - Según su nivel de Ayuda adicional, usted pagará un deducible anual de \$0 a \$700 en concepto de sus medicamentos de Nivel 4. Usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 4 hasta que haya alcanzado el deducible anual.
- **Nivel 5: Medicamento especializado** - Medicamentos genéricos y de marca de alto costo con la definición de medicamento especializado de Medicare.
  - Según su nivel de Ayuda adicional, usted pagará un deducible anual de \$0 a \$700 en concepto de sus medicamentos de Nivel 5. Usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.

### **D1. Sus opciones de farmacia**

El monto que usted paga por un medicamento depende de si lo obtiene de las siguientes farmacias:

- una farmacia minorista de la red, o
- Una farmacia fuera de la red. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para conocer cuáles son esos casos.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

### **D2. Cómo 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. Tiene el mismo costo que un suministro para un mes.

Para obtener más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* o el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

### **D3. Lo que usted paga**

Durante la Etapa de cobertura inicial, es posible que pague un copago cada vez que obtenga un medicamento con receta. Si el medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el precio inferior.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 6. Lo que usted paga por los medicamentos de Medicare y Medicaid de Illinois

---

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para averiguar cuál es su copago por cualquier medicamento cubierto.

**Su parte del costo cuando recibe un suministro para un mes o a largo plazo de un medicamento cubierto de:**



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP)**.

| <b>Deducible de la Parte D</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible anual</b>         | <p><b>Si califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos con receta, usted paga lo siguiente:</b></p> <p>\$0</p> <p><b>Si usted no califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos con receta, usted paga lo siguiente:</b></p> <p>\$700 (Niveles 3 a 5)</p> <p>Durante esta etapa, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por los medicamentos de Nivel 1 (medicamento genérico preferido)</li> <li>• \$0 por los medicamentos de Nivel 2 (medicamento genérico)</li> </ul> <p>y el costo total por los medicamentos de los siguientes niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 3 (Medicamento de marca preferido)</li> <li>• Nivel 4 (Medicamento no preferido)</li> <li>• Nivel 5 (Medicamento especializado)</li> </ul> <p>hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> |

| <b>Nivel</b>                                                        | <b>Una farmacia de la red</b><br>Un suministro para un mes o hasta 100 días | <b>El servicio de pedido por correo de nuestro plan</b><br>Un suministro para un mes o hasta 100 días | <b>Una farmacia de atención a largo plazo de la red</b><br>Un suministro para un mes o hasta 31 días | <b>Una farmacia fuera de la red</b><br>Un suministro para 10 días como máximo. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el <b>Capítulo 5</b> de este <i>Manual para miembros</i> para obtener más información. |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Costo compartido Nivel 1</b><br>(Medicamento genérico preferido) | \$0                                                                         | \$0                                                                                                   | \$0                                                                                                  | \$0                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Costo compartido Nivel 2</b><br>(Medicamento genérico)           | \$0                                                                         | \$0                                                                                                   | \$0                                                                                                  | \$0                                                                                                                                                                                                                        |



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 6. Lo que usted paga por los medicamentos de Medicare y Medicaid de Illinois**

|                                                                     | <b>Una farmacia de la red</b><br>Un suministro para un mes o hasta 100 días                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>El servicio de pedido por correo de nuestro plan</b><br>Un suministro para un mes o hasta 100 días                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Una farmacia de atención a largo plazo de la red</b><br>Un suministro para un mes o hasta 31 días                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Una farmacia fuera de la red</b><br>Un suministro para 10 días como máximo. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el <b>Capítulo 5</b> de este <i>Manual para miembros</i> para obtener más información.                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nivel</b>                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Costo compartido Nivel 3</b><br>(Medicamento de marca preferido) | <p>9%</p> <p>0</p> <p>Los copagos para los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba.</p> <p><i>Por medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga lo siguiente: \$0, \$1.65 o \$5.80</i></p> <p><i>Por medicamentos de marca, usted paga lo siguiente: \$0, \$5.00 o \$14.40</i></p> | <p>9%</p> <p>0</p> <p>Los copagos para los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba.</p> <p><i>Por medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga lo siguiente: \$0, \$1.65 o \$5.80</i></p> <p><i>Por medicamentos de marca, usted paga lo siguiente: \$0, \$5.00 o \$14.40</i></p> | <p>9%</p> <p>0</p> <p>Los copagos para los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba.</p> <p><i>Por medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga lo siguiente: \$0, \$1.65 o \$5.80</i></p> <p><i>Por medicamentos de marca, usted paga lo siguiente: \$0, \$5.00 o \$14.40</i></p> | <p>9%</p> <p>0</p> <p>Los copagos para los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba.</p> <p><i>Por medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga lo siguiente: \$0, \$1.65 o \$5.80</i></p> <p><i>Por medicamentos de marca, usted paga lo siguiente: \$0, \$5.00 o \$14.40</i></p> |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

|                                                               | <b>Una farmacia de la red</b><br>Un suministro para un mes o hasta 100 días                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>El servicio de pedido por correo de nuestro plan</b><br>Un suministro para un mes o hasta 100 días                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Una farmacia de atención a largo plazo de la red</b><br>Un suministro para un mes o hasta 31 días                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Una farmacia fuera de la red</b><br>Un suministro para 10 días como máximo. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el <b>Capítulo 5</b> de este <i>Manual para miembros</i> para obtener más información.                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nivel</b>                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Costo compartido Nivel 4</b><br>(Medicamento no preferido) | 25%<br><br>0<br><br>Los copagos para los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba.<br><br><i>Por medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga lo siguiente: \$0, \$1.65 o \$5.80</i><br><i>Por medicamentos de marca, usted paga lo siguiente: \$0, \$5.00 o \$14.40</i> | 25%<br><br>0<br><br>Los copagos para los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba.<br><br><i>Por medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga lo siguiente: \$0, \$1.65 o \$5.80</i><br><i>Por medicamentos de marca, usted paga lo siguiente: \$0, \$5.00 o \$14.40</i> | 25%<br><br>0<br><br>Los copagos para los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba.<br><br><i>Por medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga lo siguiente: \$0, \$1.65 o \$5.80</i><br><i>Por medicamentos de marca, usted paga lo siguiente: \$0, \$5.00 o \$14.40</i> | 25%<br><br>0<br><br>Los copagos para los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba.<br><br><i>Por medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga lo siguiente: \$0, \$1.65 o \$5.80</i><br><i>Por medicamentos de marca, usted paga lo siguiente: \$0, \$5.00 o \$14.40</i> |
| <b>Insulinas</b>                                              | No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

|                                                                | <b>Una farmacia de la red</b><br>Un suministro para un mes o hasta 30 días                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>El servicio de pedido por correo de nuestro plan</b><br>Un suministro para un mes o hasta 30 días                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Una farmacia de atención a largo plazo de la red</b><br>Un suministro para un mes o hasta 31 días                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Una farmacia fuera de la red</b><br>Un suministro para 10 días como máximo. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el <b>Capítulo 5</b> de este <i>Manual para miembros</i> para obtener más información.                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nivel</b>                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Costo compartido Nivel 5</b><br>(Medicamento especializado) | <p>25%<br/>O</p> <p>Los copagos para los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba.</p> <p><i>Por medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga lo siguiente: \$0, \$1.65 o \$5.80</i></p> <p><i>Por medicamentos de marca, usted paga lo siguiente: \$0, \$5.00 o \$14.40</i></p> | <p>25%<br/>O</p> <p>Los copagos para los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba.</p> <p><i>Por medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga lo siguiente: \$0, \$1.65 o \$5.80</i></p> <p><i>Por medicamentos de marca, usted paga lo siguiente: \$0, \$5.00 o \$14.40</i></p> | <p>25%<br/>O</p> <p>Los copagos para los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba.</p> <p><i>Por medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga lo siguiente: \$0, \$1.65 o \$5.80</i></p> <p><i>Por medicamentos de marca, usted paga lo siguiente: \$0, \$5.00 o \$14.40</i></p> | <p>25%<br/>O</p> <p>Los copagos para los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba.</p> <p><i>Por medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga lo siguiente: \$0, \$1.65 o \$5.80</i></p> <p><i>Por medicamentos de marca, usted paga lo siguiente: \$0, \$5.00 o \$14.40</i></p> |

Para obtener información sobre qué farmacias pueden dar suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

#### **D4. Final de la Etapa de cobertura inicial**

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando los costos totales que paga de su bolsillo alcancen los \$2,400. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Cubrimos todos los costos de sus medicamentos desde entonces hasta fin de año.

Su EOB le ayuda a llevar un registro de cuánto ha pagado por los medicamentos durante el año. Le informaremos cuando alcance el límite de \$2,400. Muchas personas no alcanzan el límite en un año.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

## **E. Etapa 2: La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

Cuando alcanza el límite de \$2,400 de gastos de su bolsillo para sus medicamentos, comienza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Usted permanece en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

## **F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo.**

En algunos casos, usted paga un copago para cubrir el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes.

- Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez).
- Si su médico acepta, usted no paga el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

Cuando obtiene un suministro de un medicamento para menos de un mes, el monto que paga se basa en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

- A continuación, le presentamos un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es de \$1.35. Esto significa que la cantidad que usted paga por su medicamento es inferior a \$0.05 por día. Si recibe un suministro del medicamento para siete días, su pago es menor que \$0.05 por día multiplicado por siete días, lo que representa un pago total inferior a \$0.35.
- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de que pague el suministro para un mes completo.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes, para ayudarlo a hacer lo siguiente:
  - Planificar mejor cuándo volver a resurtir sus medicamentos
  - Coordine los resurtidos con otros medicamentos para que pueda hacer menos viajes a la farmacia.

## **G. Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D**

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas:** Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en nuestra *Lista de medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D de Medicare sin



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

costo para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* de nuestro plan o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener detalles de cobertura y costo compartido sobre las vacunas específicas.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare:

1. La primera parte es para el costo de **la vacuna en sí**.
2. La segunda parte es para el costo de la **vacunación**. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna en forma de una inyección que le administra su médico.

### **G1. Lo que debe saber antes de vacunarse**

Le recomendamos que llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros si tiene pensado vacunarse.

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle la parte que le corresponde del costo.
- Le podemos decir cómo mantener sus costos bajos si acude a farmacias y proveedores de la red. Las farmacias y los proveedores de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para asegurarnos de que no tenga costos iniciales para una vacuna de la Parte D de Medicare.

---

### **G2. 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).

- 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 este *Manual para miembros*.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Es posible que tenga que pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare. 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, usted no pagará nada.
  - Para otras vacunas de la Parte D, usted abona un copago por la vacuna.
2. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y él se la administra.
  - Usted abona un copago 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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

asegurarnos de que sepan que usted debe abonar un copago 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 adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
  - Para otras vacunas de la Parte D, usted abona un copago por la vacuna.
  - Nuestro plan paga el costo de la administración de la vacuna.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP)**.

# Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una parte de 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 este *Manual para miembros*.

## Índice

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

|                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------|-----|
| A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos ..... | 214 |
| B. Cómo enviarnos una solicitud de pago .....                        | 216 |
| C. Decisiones de cobertura .....                                     | 217 |
| D. Apelaciones .....                                                 | 217 |



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [711](tel:1-866-600-7111)), 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/ILDSNP](https://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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

---

### A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Nuestros proveedores de la 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 Medicare FIDE (HMO D-SNP) le facturen estos servicios. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo.

**Si recibe una factura por el costo total de 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 usted ya pagó más de lo que le correspondía, tiene derecho a pedir que se le reembolse el dinero.
  - Si pagó los servicios cubiertos por Medicare, se lo reembolsaremos.
  - Si pagó los servicios cubiertos por Medicaid de Illinois, no podemos reembolsarle, pero el proveedor sí lo hará. El Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página para ver el número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo notificaremos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Si no sabe qué debería haber pagado o si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudarlo. También puede llamar si quiere darnos información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

Los ejemplos de momentos en los que puede que necesite pedirnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió incluyen los siguientes:

#### 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. **Llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros** al número que aparece en la parte inferior de esta página **si recibe alguna factura**.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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

- Dado que pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable del pago de ningún costo. Los proveedores no deberían facturarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto 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, su inscripción en el plan puede ser 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.

- Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Envíenos una copia del recibo cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

### 5. Cuando debe pagar usted el costo total de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare porque no lleva su tarjeta de identificación de miembro

Si no lleva con usted su tarjeta de identificación de miembro, puede solicitarnos que la farmacia nos llame o busque la información de inscripción del 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 de la parte que nos corresponde del costo.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio que negociamos por el medicamento con receta.

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

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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos una parte de una factura que usted recibió por los servicios o medicamentos 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 este *Manual para miembros*).
  - 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 cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*).
- 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 dar recetas para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es superior al precio negociado de la receta.

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, pagamos nuestra parte del costo.

Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

---

## B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado por servicios de Medicare o llámenos. 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.** Puede pedirle ayuda a su coordinador de atención.

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

- No tiene la obligación de usar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite el formulario.

**Para reclamaciones médicas (incluidas vacunas para la prevención de la COVID-19, gripe/influenza, neumonía):** Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Aetna Medicare FIDE (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 (incluidas las vacunas para prevenir el herpes zóster o la varicela):** Envíenos su solicitud de pago, junto con cualquier factura o recibo pagado, a la siguiente dirección.

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

---



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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

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.

### 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. También decidimos el monto, si hubiera, que debe pagar.

- Le haremos saber si necesitamos más información.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, producto o medicamento y que usted ha seguido todas las normas para obtenerla, pagaremos nuestra parte del costo en su concepto. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo postal un cheque por nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio negociado). Si aún no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

En el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros*, se explican las normas para obtener cobertura para los servicios. En el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*, se explican las normas para obtener los medicamentos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo por el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. 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”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso de apelaciones formal tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*:

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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

# 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 este *Manual para miembros*.

## Índice

### **Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

|                                                                                                                       |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>A. Your right to get services and information in a way that meets your needs</b>                                   | <b>219</b> |
| <b>B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos</b>                     | <b>220</b> |
| <b>C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)</b>                                  | <b>221</b> |
| C1. Cómo protegemos su PHI                                                                                            | 221        |
| C2. Su derecho a ver sus registros médicos                                                                            | 222        |
| <b>D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información</b>                                                       | <b>222</b> |
| <b>E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente a usted</b>                               | <b>223</b> |
| <b>F. Su derecho a dejar nuestro plan</b>                                                                             | <b>223</b> |
| <b>G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica</b>                                                      | <b>224</b> |
| G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones                                               | 224        |
| G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por usted mismo | 224        |
| G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones                                                                       | 226        |
| <b>H. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones</b>                           | <b>226</b> |
| H1. Qué hacer con respecto al trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos                         | 226        |
| <b>I. Sus responsabilidades como miembro del plan</b>                                                                 | <b>227</b> |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

## **A. Your right to get services and information in a way that meets your needs**

You have the right to be treated with respect and recognition of your dignity, including respect for your privacy.

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner, including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. 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're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. 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, including Spanish, and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services at **1-866-600-2139 (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 Medicare FIDE (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**). TTY users should call **1-877-486-2048**.
- You can also file a complaint with Illinois Medicaid by calling the Illinois Health Benefits Hotline at **1-800-226-0768**. TTY users should call **1-877-204-1012**.
- Office for Civil Rights at **1-800-368-1019**. TTY users should call **1-800-537-7697**.

## **A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que cumpla con sus necesidades**

Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y a que se reconozca su dignidad, incluido el respeto a su privacidad.

Debemos asegurarnos de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y accesible, incluso para aquellas personas con un dominio limitado



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139 (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP)**.

del inglés, habilidades de lectura limitadas, una discapacidad auditiva o diversos antecedentes culturales y étnicos. 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 pueda comprender, llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en distintos idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, incluido el español, y en formatos diferentes, como tamaño de letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, o escriba a:  
**Aetna Duals COE Member Correspondence**  
**PO Box 982980**  
**El Paso, TX 79998**

Este documento está disponible sin cargo en inglés.

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) quiere asegurarse de que usted comprenda la información de su plan de salud.

- Si un idioma o formato diferente funciona mejor para usted, llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página para solicitar el 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 a Servicios para Miembros.

Si tiene dificultad para obtener información de nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o una discapacidad, y desea presentar un reclamo, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- También puede presentar una queja ante Medicaid de Illinois llamando a la línea directa de beneficios de salud de Illinois al **1-800-843-6154**, **1-866-468-7543**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-204-1012**.
- 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 este *Manual para*



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139 (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP)**.

*miembros.*

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros o diríjase al *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 autorización previa (PA).
- Tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de la red, sin 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 este *Manual para miembros*.
- Usted tiene derecho a no ser sometido a ningún tipo de restricción ni aislamiento físico que pudiera utilizarse como medio de coacción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.
- Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y a que se reconozca su dignidad y su derecho a la privacidad.
- Usted tiene derecho a participar en todos los aspectos de su atención y a ejercer todos los derechos de apelación.
- Usted tiene derecho a ejercer todos sus derechos sabiendo que Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), nuestros proveedores de la red, Medicare y el Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias de Illinois no tomarán represalias contra usted.

En el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*, se indica qué puede hacer si considera que no está recibiendo sus 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 personal 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.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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 a Medicare su PHI, incluida la información acerca de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare da a conocer su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales.
- Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) está trabajando con el estado de Illinois para detener el crecimiento de nuevos casos de VIH. El Departamento de Salud Pública de Illinois está compartiendo la información que tiene sobre el VIH con IL Medicaid y con las organizaciones de cuidado administrado de IL Medicaid para tener una mejor atención para las personas que viven con VIH. Los nombres, las fechas de nacimiento, los números del seguro social, el estado del VIH y otra información, se comparte de forma segura para todos los miembros de Medicaid.

## **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 deben realizarse.
- Usted tiene derecho a saber si y cómo compartimos su PHI con otros para fines que no son de rutina.

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, nuestros 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 nuestra de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Si desea obtener más información sobre lo siguiente, llame al Departamento de Servicios para Miembros:



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

- 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 nuestros proveedores de la red
- Servicios y medicamentos cubiertos, incluidos los siguientes:
  - Servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para miembros*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para miembros*) 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 este *Manual para miembros*), 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
- Nuevos tratamientos médicos: Siempre estamos considerando nuevos tratamientos médicos. Queremos que reciba atención médica segura, actualizada y de alta calidad. Un equipo de proveedores revisa los nuevos métodos de atención médica. Ellos deciden si deben convertirse en servicios cubiertos. Los servicios y tratamientos que se investigan y estudian no son servicios cubiertos. Tomamos estas medidas para decidir si los nuevos tratamientos serán un beneficio o servicio cubierto:
  - Estudiar la finalidad de cada nuevo tratamiento
  - Revisar estudios e informes médicos
  - Determinar el impacto de un nuevo tratamiento
  - Desarrollar pautas sobre cómo y cuándo usar el nuevo tratamiento.

---

## **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 este *Manual para miembros*.

---

## **F. Su derecho a dejar nuestro plan**

Nadie puede hacer que permanezca en nuestro plan si no quiere.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

- Tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA), incluido otro D-SNP.
  - 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 este *Manual para miembros*:
    - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos o MA.
    - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de Medicaid de Illinois 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 lo 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.
- **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 este *Manual para miembros* 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**
- 



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**médica por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por usted mismo.

- **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 usted 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 en Illinois y nombres diferentes para ellas:

- Poder notarial de atención médica: Esto le permite elegir a alguien para que tome sus decisiones de atención médica si está demasiado enfermo para decidir por sí mismo.
- Testamento vital: Le indica a su médico y a otros proveedores qué tipo de atención desea si tiene una enfermedad terminal y no mejorará.
- Preferencia de salud mental: Esto le permite decidir si desea recibir algunos tipos de tratamientos de salud mental que podrían ayudarlo.
- Orden de no resucitar (DNR): Esto le dice a su familia y a todos sus médicos y otros proveedores lo que usted desea hacer en caso de que se le detenga el corazón o la respiración.

Puede obtener más información sobre las instrucciones anticipadas de su plan de salud o de su médico. Si ingresa en el hospital, es posible que le pregunten si tiene uno. No es necesario que lo tenga. No es necesario que lo tenga para recibir atención médica, pero la mayoría de los hospitales lo incentivan. Si lo desea, puede elegir tener una o más de estas instrucciones anticipadas y puede cancelarlas o cambiarlas en cualquier momento.

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, un asistente social o algunas tiendas de productos para oficina. Las farmacias y los consultorios de proveedores, por lo general, tienen los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. Hable con su proveedor para obtener un formulario de instrucciones anticipadas. También puede descargar los formularios del Departamento de Salud Pública de Illinois, [www.dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives.html#forms](http://www.dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives.html#forms) y comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** El formulario es un documento legal. No necesita un abogado para llenar una instrucción anticipada. Incluso así, puede considerar la posibilidad de pedirle a un abogado u otra persona en quien usted confíe, como un miembro de la familia o su PCP, que lo ayude a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que necesiten saber cómo desea que lo atiendan durante una enfermedad o emergencia médica. El formulario indicará cómo usted desea que lo cuiden, incluso cuando ya no pueda hablar por su cuenta.** Entréguele una copia del formulario a su médico. Después de completar el formulario, se incluirá en su expediente médico. También debe darle una copia a la persona que nombre para que tome decisiones por usted. 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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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.
- Elija si desea o no completar una instrucción anticipada.

Por ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no una instrucción anticipada. 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 llamando a la Línea de ayuda para personas mayores al **1-800-252-8966** de 08:30 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-206-1327**. La llamada es gratuita.

---

## **H. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones**

En el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* 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.

También tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a las políticas de nuestro plan relacionadas con los derechos y las responsabilidades de los miembros.

### **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 este *Manual para miembros*, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar lo siguiente:

- Departamento de Servicios para Miembros
- El Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP de Illinois) al **1-800-252-8966** De lunes a viernes de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. La llamada es gratuita. Para obtener más información sobre esta organización, consulte el **Capítulo 2**.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

- El Programa Ombudsperson al [1-800-252-8966](tel:1-800-252-8966). Para obtener más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros*.

Medicare al 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)). Los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel: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/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf](http://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)).

La Línea de ayuda para personas mayores al [1-800-252-8966](tel:1-800-252-8966) de 08:30 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes. TTY [1-888-206-1327](tel:1-888-206-1327). La llamada es gratuita.

---

## I. Sus responsabilidades como miembro del plan

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 este *Manual para miembros*** 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 este *Manual para miembros*. 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 este *Manual para miembros*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos** 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.
- **Infórmeles 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 y participe en el desarrollo de objetivos de tratamiento de mutuo acuerdo, en la medida de lo posible. 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:
  - Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) y Medicaid, Medicaid paga la prima de la Parte A de Medicare y la prima de la Parte B de Medicare.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [1-866-600-7111](tel:1-866-600-7111)), 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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

- Para algunos de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento. Este será un copago (un monto fijo). El **Capítulo 6** le explica lo que debe pagar por sus medicamentos.
- **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 este *Manual para miembros* 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 de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si contamos con algún plan en el área nueva.
  - Infórmele a Medicare y Medicaid de Illinois su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* para obtener los números de teléfono de Medicare y Medicaid de Illinois.
  - **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 en contacto con usted.
  - **Si se muda, comuníquese al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**
- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

# 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.

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.**

**Si se enfrenta a un problema relacionado con su salud o los servicios y apoyo a largo plazo.**

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyo a largo plazo que su médico u otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención. Si tiene **un problema relacionado con su atención, puede llamar a la Línea de ayuda para personas mayores al 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327**. En este capítulo, se explican las opciones con las que cuenta para los distintos problemas y reclamos, pero siempre puede llamar a la Línea de ayuda para personas mayores para que lo guíen en la resolución del problema. La Línea de ayuda para personas mayores ayudará a personas de todas las edades inscritas en este plan. Con el fin de obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes, como también formas de contactarse con ellos, consulte el **Capítulo 2** para obtener más información sobre los programas del defensor del pueblo.

## Índice

### Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

|                                                                                                            |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>A. Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud</b>                                           | <b>231</b> |
| A1. Acerca de los términos legales                                                                         | 231        |
| <b>B. Dónde obtener ayuda</b>                                                                              | <b>231</b> |
| B1. Para obtener más información y ayuda                                                                   | 231        |
| <b>C. Explicación de los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medicaid de Illinois de nuestro plan</b> | <b>232</b> |
| <b>D. Problemas con sus beneficios</b>                                                                     | <b>232</b> |
| <b>E. Decisiones de cobertura y apelaciones</b>                                                            | <b>233</b> |
| E1. Decisiones de cobertura                                                                                | 233        |
| E2. Apelaciones                                                                                            | 233        |
| E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones                                                | 234        |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

|                                                                                                                   |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarlo.....                                                              | 235        |
| <b>F. Atención médica.....</b>                                                                                    | <b>235</b> |
| F1. Cómo utilizar esta sección.....                                                                               | 235        |
| F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura.....                                                                 | 236        |
| F3. Presentar una apelación de Nivel 1.....                                                                       | 238        |
| F4. Presentar una apelación de Nivel 2.....                                                                       | 241        |
| F5. Problemas de pago.....                                                                                        | 244        |
| <b>G. Medicamentos de la Parte D de Medicare.....</b>                                                             | <b>245</b> |
| G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare.....                                          | 245        |
| G2. Excepciones de la Parte D de Medicare.....                                                                    | 246        |
| G3. Aspectos importantes que debe saber acerca del pedido de una excepción.....                                   | 247        |
| G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....                                         | 248        |
| G5. Presentar una apelación de Nivel 1.....                                                                       | 250        |
| G6. Presentar una apelación de Nivel 2.....                                                                       | 251        |
| <b>H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada.....</b>                                  | <b>253</b> |
| H1. Aprender sobre sus derechos de Medicare.....                                                                  | 253        |
| H2. Presentar una apelación de Nivel 1.....                                                                       | 254        |
| H3. Presentar una apelación de Nivel 2.....                                                                       | 256        |
| <b>I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos.....</b>                                  | <b>256</b> |
| I1. Aviso por adelantado antes de que finalice su cobertura.....                                                  | 257        |
| I2. Presentar una apelación de Nivel 1.....                                                                       | 257        |
| I3. Presentar una apelación de Nivel 2.....                                                                       | 258        |
| <b>J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....</b>                                                      | <b>259</b> |
| J1. Pasos a seguir para los servicios y productos de Medicare.....                                                | 259        |
| J2. Apelaciones adicionales de Medicaid de Illinois.....                                                          | 260        |
| J3. Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos cubiertos por la<br>Parte D de Medicare..... | 261        |
| <b>K. Cómo presentar un reclamo.....</b>                                                                          | <b>262</b> |
| K1. Qué tipos de problemas deben ser reclamos.....                                                                | 262        |
| K2. Reclamos internos.....                                                                                        | 264        |
| K3. Reclamos externos.....                                                                                        | 265        |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## **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 **presentación de reclamos** (también denominadas 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. En otras ocasiones, es posible que no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

#### **Ayuda de nuestro plan**

Puede llamar a nuestro plan al **1-866-600-2139** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana para ayudar a tratar un problema o responder preguntas.

#### **Ayuda del Programa de seguro de salud para personas mayores (SHIP de Illinois)**

Puede llamar al Programa de seguro de salud para personas mayores (SHIP de Illinois) al **1-800-252-8966**. También puede revisar su sitio web en **[ilaging.illinois.gov/ship](http://ilaging.illinois.gov/ship)**. Los asesores del SHIP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué debe hacer para resolver su problema. Los asesores del SHIP pueden ayudarlo independientemente de su edad. El SHIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del SHIP es **1-800-252-8966**, TTY: **1-888-206-1327** y su sitio web es **[ilaging.illinois.gov/ship.html](http://ilaging.illinois.gov/ship.html)**. La llamada y la



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP)**.

## Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

asistencia son gratuitas.

### 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:

- Llame al 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)). Los usuarios de TTY deben llamar al: [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).
- Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))

### Ayuda e información de Medicaid de Illinois

Puede llamar al estado de Illinois directamente para obtener ayuda para resolver sus problemas. Llame a la Línea directa de beneficios de salud del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias de Illinois al [1-800-226-0768](tel:1-800-226-0768), TTY: [1-877-204-1012](tel:1-877-204-1012), de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 04:30 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la Organización para la mejora de la calidad (QIO). En Illinois, se trata de Commence Health, al [1-888-524-9900](tel:1-888-524-9900), TTY: [1-888-985-8775](tel:1-888-985-8775). Este es un grupo de médicos y otros proveedores de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención que se ofrece a las personas que tienen Medicare. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

## C. Explicación de los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medicaid de Illinois de nuestro plan

Tiene Medicare y Medicaid de Illinois. La información de este capítulo se aplica a todos sus beneficios de Medicare y Medicaid de Illinois. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina o integra procesos de Medicare y Medicaid de Illinois.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid de Illinois no se pueden combinar. En dichas situaciones, usted utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medicaid de Illinois. 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 particular (productos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

| Sí.                                                 | No.                                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura. | Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura. |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [1-866-600-7111](tel:1-866-600-7111)), 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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

Consulte la **Sección E**, “Decisiones de cobertura y apelaciones”.

Consulte la **Sección K**, “Cómo presentar un reclamo”.

## **E. Decisiones de cobertura y apelaciones**

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de atención médica (servicios, productos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de **atención médica**, que incluye productos y servicios médicos, y medicamentos de la Parte B. Usted usa el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no, y la forma en que está cubierto.

### **E1. Decisiones de cobertura**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagamos por 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 H** de este *Manual para miembros*).

Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos 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 usted 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 y cuánto tenemos que pagar. 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 Medicaid de Illinois. 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 tomamos.

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. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando completemos 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 tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

---

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de atención médica 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 conforme con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles 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.
- **Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP)** al [1-800-252-8966](tel:1-800-252-8966), TTY: [1-888-206-1327](tel:1-888-206-1327) y su sitio web es [ilaging.illinois.gov/ship](http://ilaging.illinois.gov/ship).
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o de 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 califica.
  - Llame a la Línea directa de beneficios de salud del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias de Illinois para recibir asistencia gratuita, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 04:30 p. m. La Línea directa de beneficios de salud de Illinois ayuda a las personas inscritas en Medicaid a resolver sus problemas. El número de teléfono es [1-800-226-0768](tel:1-800-226-0768), TTY: [1-877-204-1012](tel:1-877-204-1012).
  - Llame a la Línea de ayuda para personas mayores para obtener ayuda gratuita, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. La Línea de ayuda para personas mayores ayudará a personas de todas las edades inscritas en este plan. La Línea de ayuda para personas mayores es una organización independiente. No tiene ninguna relación con este plan. El número de teléfono es [1-800-252-8966](tel:1-800-252-8966), TTY: [1-888-206-1327](tel:1-888-206-1327).

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 el permiso para que actúe en su nombre.

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 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). **Debe darnos una copia del formulario firmado.**



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [7111](tel:1-866-600-7111)), 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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

#### **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 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.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al Programa del defensor del pueblo de atención en el hogar de Illinois al [1-800-252-8966](tel:1-800-252-8966).

---

### **F. Atención médica**

En esta sección se explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos su atención médica.

Esta sección es sobre los beneficios que tiene en cuanto a atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros* en la tabla de beneficios. En algunos casos, diferentes normas pueden aplicarse a un medicamento de la Parte B de Medicare. Cuando es así, explicamos cómo difieren las normas para los medicamentos 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 que no está 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. Recibió atención médica que cree que cubrimos, pero no pagaremos.

**Lo que puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

---



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [711](tel:1-866-600-2139)), 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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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, cuidado 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: **1-866-600-2139**, TTY: **711**.
- Por fax al: 1-855-259-2087
- Por escrito:  
Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)  
Aetna Duals COE Member Correspondence

PO Box 982980  
El Paso, TX 79998  
Utilization Management

### 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 en un plazo de:

- **Cinco días calendario** después de recibir su solicitud **de un servicio o producto médico que está sujeto a nuestras normas de autorización previa**.
- **14 días calendario** después de recibir su solicitud **de todos los demás servicios o productos médicos**.
- **72 horas** después de recibir su solicitud **para un medicamento de la Parte B de Medicare**.
- **24 horas** después de recibir su solicitud **si vive en un centro de atención de enfermería**.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Para un producto o servicio médico, podemos tomarnos hasta cinco 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 de la Parte B de Medicare.**

Si considera que **no deberíamos** tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar 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 damos una respuesta en un plazo de:

- **48 horas** después de recibir su solicitud de **un servicio o producto médico**.
- **24 horas** después de recibir su solicitud de un **medicamento de la Parte B de Medicare**.

**Para un producto o servicio médico, podemos tomarnos hasta 3 días después de que se envía la solicitud** 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 de la Parte B de Medicare.**

Si considera que **no deberíamos** tomar días adicionales para tomar una decisión de cobertura, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, incluido un reclamo rápido, consulte la **Sección K**. Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Está pidiendo una cobertura para productos o servicios médicos que **no recibió**. No puede pedir una decisión rápida de cobertura sobre el pago de los productos o servicios médicos que ya recibió.
- Usar las vías de plazos estándares podría **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:



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

---

- 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,
- 
- 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** relacionada con un servicio o producto denegado, o para continuar con un servicio o producto que ya está recibiendo, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al **1-866-600-2139** (TTY: **711**).

**Solicite una apelación estándar o una apelación rápida** por escrito o llamando al **1-866-600-2139** (TTY: **711**)

- 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 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.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 antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación:
  - Rechazamos su solicitud, y
  - Le enviamos un aviso por escrito en el que se explica su derecho a solicitar que una IRO revise



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

nuestra decisión de desestimar su apelación.

- Debe solicitar una apelación en el plazo de 65 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, 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.
- Continuamos cubriendo el servicio o producto si presenta una apelación de Nivel 1 dentro de los diez 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.**

**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

## Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

---

- 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 24 horas después de recibir su apelación**. Le damos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere. Si rechazamos una apelación rápida, le daremos a usted, a su médico, a la persona autorizada a dar recetas o a un representante una confirmación verbal de la denegación.
- 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 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 24 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. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. 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 audiencia imparcial de Nivel 2 con el estado mismo tan pronto como se presente el momento. En Illinois, una audiencia imparcial se denomina audiencia imparcial del estado.
- **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 14 días calendario** después de recibir su apelación para los servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de siete días calendario** después de recibir su apelación o antes 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 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 la presentación de 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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

tomemos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Una IRO luego lo revisa. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. 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 audiencia imparcial de Nivel 2 con el estado mismo tan pronto como se presente el momento. En Illinois, una audiencia imparcial se denomina audiencia imparcial del estado.

**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 3 días calendario** si su solicitud es para un medicamento 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. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid de Illinois, 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, Medicaid de Illinois 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 Medicaid de Illinois 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 Medicaid de Illinois** pueden cubrir, obtendrá automáticamente una apelación de Nivel 2 ante el Organización de revisión independiente (IRO). También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

Si califica 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 Medicaid de Illinois, sus beneficios para ese servicio continúan si presenta una apelación de Nivel 2 en un plazo de diez días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

**Cuando su problema está relacionado con un servicio o producto que generalmente está cubierto por**



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

### 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 la **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 24 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 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 de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de siete días calendario** de recibir 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 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 tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## 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 la solicitud para un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o brindar el medicamento 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 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 Medicaid de Illinois

Una apelación de Nivel 2 para servicios que Medicaid de Illinois generalmente cubre es una audiencia imparcial ante el estado. En Medicaid de Illinois, una audiencia imparcial se denomina audiencia imparcial del estado. 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.

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. **La carta que reciba de la IRO le explicará los derechos de apelación adicionales que puede tener.**

La carta que recibe de la oficina de la audiencia imparcial le indicará su 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 a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## **F5. Problemas de pago**

No permitimos que nuestros proveedores de la 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. Nunca se le pedirá que pague el saldo de ninguna factura. El único monto que se le debe pedir que pague es el copago por los medicamentos de la Parte D en los siguientes Niveles: 3, 4 y 5.

Si recibe una factura por servicios y productos cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura. Nos pondremos en contacto 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 este *Manual para miembros*. 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 dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

Si solicita un reembolso, está pidiendo 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 comúnmente en el plazo de 30 días calendario, pero, como máximo, 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 recibir su apelación.

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 14 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 Medicaid de Illinois generalmente cubre el servicio o producto, puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

---



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre que Medicaid de Illinois 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 los medicamentos cubiertos solo por Medicaid, siga el proceso de la **Sección E**.

Para estar cubierto, el medicamento se debe utilizar 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 este *Manual para miembros* 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.
  - 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 su farmacia le informa que no puede surtir su receta tal como está escrita, la farmacia le proporcionará un aviso por escrito en el que le explicará 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 a continuación para obtener ayuda:

**¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?**



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                      |                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> o necesita que dejemos de lado una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos. | Quiere que cubramos un medicamento de nuestra <i>Lista de medicamentos</i> y usted considera que cumple las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita. | 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.          |
| <b>Puede pedirnos que hagamos una excepción.</b> (Este es un tipo de decisión de cobertura).                                                                          | <b>Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.</b>                                                                                                                                                                       | <b>Puede pedirnos un reembolso.</b> (Este es un tipo de decisión de cobertura).      | <b>Puede presentar una apelación.</b> (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). |
| Comience con la <b>Sección G2</b> , después consulte las <b>Secciones G3 y G4</b> .                                                                                   | Consulte la <b>Sección G4</b> .                                                                                                                                                                                                    | Consulte la <b>Sección G4</b> .                                                      | Consulte la <b>Sección G5</b> .                                                                          |

**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 deben explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

Pedir la cobertura para un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos* o pedir la eliminación de una restricción para un medicamento, en ocasiones, se denomina pedir una **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción de nivel**.

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*.**
  - Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted paga el copago que se aplique a los medicamentos en el Nivel 4.
  - No puede obtener una excepción al monto de copago requerido por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.**
  - Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en nuestra



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Lista de medicamentos (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* 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)”.
  - 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.
- Si aceptamos una excepción para usted y dejamos de lado una restricción, puede pedirnos una excepción en el monto de copago que debe pagar.

**3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido menor.** Todos los medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo es el número del nivel de costos compartidos, menor es el copago que debe pagar.

- 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 para tratar su afección médica se encuentra en un nivel de costo compartido menor que el medicamento que toma, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto reduciría el monto de su copago por el medicamento.
  - Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costo compartido del nivel más bajo disponible para medicamentos de marca alternativos para tratar su afección.
  - Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costo compartido del nivel más bajo disponible, ya sea para medicamentos de marca o genéricos alternativos para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento de Nivel 5: Medicamento especializado.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel más bajo de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente paga el monto más bajo.

### **G3. Aspectos importantes que debe saber acerca del pedido de una excepción**

#### **Su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe explicarnos las razones médicas.**

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe entregarnos 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. Si nos pide una excepción de nivel, en general, **no** aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no funcionen igual de bien para usted o sea probable que le causen una



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

reacción adversa u otro daño.

### 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 **1-866-600-2139** (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 este *Manual para miembros*.
- 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 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.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

- 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 la presentación de 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 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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 **1-866-600-2139** (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 65 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.

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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

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 recibir 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 siete 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, pídanos una apelación rápida.
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de siete 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 siete 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 recibir 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 recibir 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 **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.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 proporcionar 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 a la IRO una apelación rápida.

- 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 de 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 siete 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 la IRO **acepta** parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos brindar la cobertura de 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 de 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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

### 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 este *Manual para miembros*.

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**

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 recibe 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



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP)**.

## Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

---

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:

- Llama al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Visite [www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](http://www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im)

## H2. Presentar una apelación de Nivel 1

Para solicitar 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. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

En Illinois, la QIO se llama Commence Health. Llámelos al **1-888-524-9900 (TTY: 711)**. 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**.

**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 tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139 (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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**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 de seguros de salud para personas mayores (SHIP de Illinois) al **1-800-252-8966**. **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**”.

**¿Qué sucede durante la 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**). (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/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](http://www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im)

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 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.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

---

### 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 **1-888-524-9900** (TTY: **711**).

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.

---

## 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, **y**
- 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 decidamos dejar de cubrir alguno de estos servicios, debemos informarle **antes** de que finalicen 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**



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP)**.

**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 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 de seguros de salud para personas mayores al [1-800-252-8966](tel:1-800-252-8966).
  - **Comuníquese con la QIO.**
    - Consulte la **Sección H2** o consulte el Capítulo 2 de este Manual para miembros 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 comunicarse 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.

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](tel:1-800-633-4227)). Los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048). O bien, obtenga una copia en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices).

## **Lo que sucede durante una apelación acelerada**



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [711](tel:1-866-600-2139)), 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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

---

- 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:

- 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, cuidado 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.

### **I3. 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 **1-888-524-9900** (TTY: **1-888-985-8775**).

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:



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP)**.

- 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.

---

## **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.

#### **Apelación de Nivel 3**

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, 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 tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

---

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 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 la **acepta** o la **rechaza**. Esta es la decisión final. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

## J2. Apelaciones adicionales de Medicaid de Illinois

También tiene otros derechos de apelación si su apelación está relacionada con los servicios o productos que Medicaid de Illinois suele cubrir. La carta que recibe de la Oficina de Audiencias Imparciales le indicará qué hacer si desea continuar el proceso de apelaciones.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios de exención de Medicaid es una audiencia imparcial del estado. Debe solicitar una audiencia imparcial del estado por escrito o por teléfono en el plazo de 120 días calendario después de la fecha en la que enviamos la carta con nuestra decisión de su apelación de Nivel 1. La carta que le enviamos le indicará dónde debe presentar su solicitud de audiencia.

Si quiere solicitar una audiencia imparcial del estado por un producto o servicio estándar de Medicaid, el programa de exención de personas mayores (Programa de atención comunitaria o CCP) o el programa de exención de centros de vida asistida, presente su apelación por escrito o por teléfono a:

Illinois Healthcare and Family Services  
Bureau of Administrative Hearings Fair Hearings  
Section 69 West Washington, 4th Floor  
Chicago, Illinois 60602  
TELÉFONO **1-855-418-4421** (número gratuito)  
TTY **1-800-526-5812**  
FAX 1-312-793-2005  
CORREO ELECTRÓNICO **[HFS.FairHearings@Illinois.gov](mailto:HFS.FairHearings@Illinois.gov)**



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP)**.

Si quiere solicitar una audiencia imparcial del estado por el programa de exención de personas con discapacidades, programa de exención de lesión cerebral traumática o programa de exención de VIH/SIDA (Programa de servicios en el hogar o HSP), presente su apelación por escrito o por teléfono a:

Department of Human Services Bureau of Hearings  
69 West Washington, 4th Floor  
Chicago, Illinois 60602  
TELÉFONO **1-800-435-0774** (número gratuito)  
TTY **1-877-734-7429**  
FAX 1-312-793-3387  
CORREO ELECTRÓNICO [DHS.HSPApeals@Illinois.gov](mailto:DHS.HSPApeals@Illinois.gov)

La audiencia estará a cargo de un funcionario de audiencias imparciales autorizado para supervisar las audiencias imparciales del estado. Recibirá una carta de la oficina de audiencias en la que se le informará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. Esta carta también le proporcionará información detallada sobre la audiencia. Es importante que la lea con atención. Al menos tres días hábiles antes de la audiencia, recibirá un paquete de información de nuestro plan. Este paquete incluirá toda la evidencia que presentaremos en la audiencia. El funcionario de audiencias imparciales recibirá el mismo paquete. Deberá informar a la oficina de audiencias si necesita algún tipo de adaptaciones razonables. Si no puede participar personalmente en la oficina local debido a su discapacidad, puede solicitar participar por teléfono. Dígame al personal de la oficina de audiencias su número de teléfono para que puedan comunicarse con usted. Debe proporcionarle al funcionario de audiencias imparciales toda la evidencia que presentará en la audiencia al menos tres días hábiles antes de que tenga lugar. Debe incluir una lista de los testigos que se presentarán, así como todos los documentos que usará. La audiencia será grabada.

### **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 fueron 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.

#### **Apelación de Nivel 3**

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 de 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 tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelaciones concluye.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura de 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 o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede no concluir.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación 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 la **acepta** o la **rechaza**. 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 de atención 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"><li>• Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.</li></ul> |



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

MANUAL PARA MIEMBROS DE Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

| Reclamo                                                                                     | Ejemplo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Respeto de su privacidad</b>                                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial sobre usted.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Falta de respeto, mal servicio de atención al cliente u otro comportamiento negativo</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Un proveedor de atención médica o el personal fue descortés o le faltó el respeto.</li><li>• Nuestro personal lo trató mal.</li><li>• Usted cree que lo están expulsando de nuestro plan.</li></ul>                                                                                                                                                                        |
| <b>Accesibilidad y asistencia lingüística</b>                                               | <ul style="list-style-type: none"><li>• No puede acceder físicamente a los servicios y centros de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor.</li><li>• Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para las personas que no hablan inglés (por ejemplo, Lengua de Señas Americana o español).</li><li>• Su proveedor no le da otras adaptaciones razonables que necesite y pida.</li></ul> |
| <b>Tiempos de espera</b>                                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla.</li><li>• 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.</li></ul>                                                                                     |
| <b>Limpieza</b>                                                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información que obtiene de nosotros</b>                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cree que no le hemos dado un aviso o una carta que debería haber recibido.</li><li>• Cree que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.</li></ul>                                                                                                                                                                                     |



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

| Reclamo                                                             | Ejemplo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Puntualidad de las decisiones de cobertura o las apelaciones</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cree que no cumplimos nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.</li> <li>• 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.</li> <li>• No cree que le enviamos su caso a la IRO a tiempo.</li> </ul> |

**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 a la Línea de ayuda para personas mayores al [1-800-252-8966](tel:1-800-252-8966), TTY: [1-888-206-1327](tel:1-888-206-1327).

**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 a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [711](tel: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 la dirección que figura en el **Capítulo 2**.
  - 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.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [711](tel: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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- También tendrá derecho a solicitar una queja “acelerada” rápida. Una queja “acelerada” rápida 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 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 de cobertura o de apelación, 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 acerca de su reclamo. El formulario de reclamo de Medicare está disponible en: [www.medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.medicare.gov/my/medicare-complaint). No es necesario que presente un reclamo ante Aetna Medicare FIDE (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](tel:1-800-633-4227)). Los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048). La llamada es gratuita.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [1-866-600-7111](tel:1-866-600-7111)), 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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

---

### Puede informarle al Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois acerca de su reclamo

Para presentar un reclamo ante el Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois, envíe un correo electrónico a [Aging.HCOProgram@illinois.gov](mailto:Aging.HCOProgram@illinois.gov).

### Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar un reclamo ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) si cree que no se lo ha tratado de forma justa. 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](tel:1-800-368-1019). Los usuarios de TTY deben llamar al [1-800-537-7697](tel:1-800-537-7697). Puede consultar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina de OCR local en:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
233 N. Michigan Ave. Suite 240  
Chicago, IL 60601

Teléfono: [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019)

TDD: [1-800-537-7697](tel:1-800-537-7697)

Fax: (202) 619-3818

Usted también puede tener derechos en virtud de la Ley estadounidense de Discapacidad (ADA) y la ley de Derechos Humanos de Illinois. Puede comunicarse con la Línea de ayuda para personas mayores para obtener asistencia, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. El número de teléfono es [1-800-252-8966](tel:1-800-252-8966), TTY: [1-888-206-1327](tel:1-888-206-1327). La llamada y la asistencia son gratuitas.

### QIO

Cuando su reclamo es sobre la calidad de la atención, usted 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 este *Manual para miembros*.

En Illinois, la QIO se llama Commence Health. El número de teléfono de Commence Health es [1-888-524-9900](tel:1-888-524-9900) (TTY: [711](tel:711)).



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [711](tel: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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

# 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 inscrito en los programas de Medicare y Medicaid de Illinois, siempre y cuando sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

## Índice

### Capítulo 10 La cancelación de su membresía en nuestro plan

|                                                                                                                |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>A. ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?</b>                                                 | <b>268</b> |
| <b>B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan</b>                                                           | <b>269</b> |
| <b>C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid de Illinois por separado</b>                               | <b>269</b> |
| C1. Sus servicios de Medicare                                                                                  | 269        |
| C2. Sus servicios de Medicaid de Illinois                                                                      | 275        |
| <b>D. Sus productos y servicios médicos y los medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan</b> | <b>275</b> |
| <b>E. Otras situaciones en las que se cancela su membresía en nuestro plan</b>                                 | <b>275</b> |
| <b>F. Normas en contra de pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud</b>          | <b>277</b> |
| <b>G. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan</b>                         | <b>277</b> |
| <b>H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía en el plan</b>                         | <b>277</b> |



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

## **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. Dado que tiene Medicaid de Illinois, tiene algunas opciones para cancelar su membresía con nuestro plan, incluido cualquier mes del año.

Además, es posible cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período de inscripción abierta**, que dura desde el 15 de octubre hasta el 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 va desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que se inscriben en un plan, desde el mes de adquisición de derechos a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de la adquisición de derechos. 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.
- Si su elegibilidad para Medicaid de Illinois o Ayuda adicional cambió. **O bien,**
- 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. Si se inscribe en otro plan, 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:

- Servicios de inscripciones para clientes de Illinois al **1-877-912-8880**, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 06:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-866-565-8576**.
- 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 at 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), el Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP de Illinois) al **1-800-252-8966**.

**NOTA:** Si participa en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Para obtener más información sobre los programas de administración de



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP)**.

medicamentos, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*.

---

## **B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan**

Si decide cancelar su membresía, puede hacerlo inscribiéndose en otro plan de Medicare o cambiando a Original Medicare. No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de Medicare por separado, 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.
  - Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). 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 (**1-800-633-4227**), 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 en la **Sección C1**.
- 

## **C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid de Illinois 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 en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se detalla a continuación durante ciertos momentos del año, incluidos el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la Sección A. Al elegir una de estas opciones, usted cancela automáticamente su membresía con nuestro plan.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**1. Puede cambiar a:**

**Otro plan que brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan, también conocido como plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) o un plan del Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE), si usted califica.**

**Esto es lo que debe hacer:**

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

En el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE), para saber si es elegible y si hay un programa PACE cerca de usted, busque los planes del PACE en su área en [www.medicare.gov/plan-compare/#/pace?year=2025&lang=en](http://www.medicare.gov/plan-compare/#/pace?year=2025&lang=en).

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP de Illinois) al **1-800-252-8966** De lunes a viernes de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. La llamada y la asistencia son gratuitas. Para obtener más información o encontrar una oficina local del SHIP en su área, visite el sitio web [ilaging.illinois.gov/ship](http://ilaging.illinois.gov/ship)

**O**

Inscríbase en un nuevo D-SNP integrado.

Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo.



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## 2. Puede cambiar a:

### Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado

Si abandona nuestro plan, recibirá los servicios de Medicaid a través del plan de pago por servicio o deberá inscribirse en el programa de servicios y apoyo a largo plazo administrado (MLTSS) para poder recibir los servicios de Medicaid.

Si está inscrito en un programa de MLTSS, recibirá algunos servicios que no están pagados por Medicare como plan principal mediante el pago por servicio y por su centro de atención de enfermería o la exención de servicios basados en el hogar y la comunidad a través del programa de MLTSS.

Si no se encuentra en un centro de atención de enfermería ni está inscrito en una exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), recibirá los servicios de Medicaid a través del plan de pago por servicio. Puede usar cualquier proveedor que acepte Medicaid y nuevos pacientes.

Si se encuentra en un centro de atención de enfermería o está inscrito en un programa de exención de HCBS, deberá inscribirse en el programa de MLTSS para recibir los servicios. Recibirá otros servicios que Medicare no paga a través del pago por servicio.

Para elegir un plan de salud de MLTSS, puede llamar a Servicios de inscripciones para clientes de Illinois al **1-877-912-8880** de 08:00 a. m. a 06:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-866-565-8576**. Dígalos que desea dejar Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) e inscribirse en un plan de salud de MLTSS.

Si no elige un plan de salud de servicios y apoyo a largo plazo administrado (MLTSS), se le asignará al plan de salud de MLTSS de nuestra empresa.

## Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP de Illinois) al **1-800-252-8966** De lunes a viernes de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. Esta llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. La llamada y la asistencia son gratuitas. Para obtener más información o encontrar una oficina local del SHIP en su área, visite el sitio web [ilaging.illinois.gov/ship](http://ilaging.illinois.gov/ship)

## O

Inscribirse en un nuevo plan de medicamentos de Medicare.

Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Para elegir un plan de salud de MLTSS, puede llamar a Servicios de inscripciones para clientes de Illinois al **1-877-912-8880** de 08:00 a. m. a 06:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-866-565-8576**.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

### 3. Puede cambiar a:

#### **Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado si tiene un motivo válido para cancelar su inscripción**

Si abandona nuestro plan, recibirá los servicios de Medicaid a través del plan de pago por servicio o deberá inscribirse en el programa de servicios y apoyo a largo plazo administrado (MLTSS) para poder recibir los servicios de Medicaid.

Si está inscrito en un programa de MLTSS, recibirá algunos servicios que no están pagados por Medicare como plan principal mediante el pago por servicio y por su centro de atención de enfermería o la exención de servicios basados en el hogar y la comunidad a través del programa de MLTSS.

Si no se encuentra en un centro de atención de enfermería ni está inscrito en una exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), recibirá los servicios de Medicaid a través del plan de pago por servicio. Puede usar cualquier proveedor que acepte Medicaid y nuevos pacientes.

Si se encuentra en un centro de atención de enfermería o está inscrito en un programa de exención de HCBS, deberá inscribirse en el programa de MLTSS para recibir los servicios de su centro de atención de enfermería o HCBS. Recibirá otros servicios que Medicare no paga a través del pago por servicio.

Para elegir un plan de salud de MLTSS, puede llamar a Servicios de inscripciones para clientes de Illinois al **1-877-912-8880** de 08:00 a. m. a 06:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-866-565-8576**. Dígales que desea dejar Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) e inscribirse en un plan de salud de MLTSS.

Si no elige un plan de salud de servicios y apoyo a largo plazo administrado (MLTSS), se le asignará al plan de salud de MLTSS de nuestra empresa.

### **Esto es lo que debe hacer:**

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP de Illinois) al **1-800-252-8966** De lunes a viernes de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. La llamada y la asistencia son gratuitas. Para obtener más información o encontrar una oficina local del SHIP en su área, visite el sitio web [ilaging.illinois.gov/ship](http://ilaging.illinois.gov/ship)

Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Original Medicare.

Para elegir un plan de salud de MLTSS, puede llamar a Servicios de inscripciones para clientes de Illinois al **1-877-912-8880** de 08:00 a. m. a 06:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-866-565-8576**.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**NOTA:** Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no desea hacerlo.

Solo debe cancelar la cobertura para medicamentos si tiene cobertura para medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame al Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP de Illinois) al **1-800-252-8966**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-206-1327**. Para obtener más información o encontrar una oficina local del SHIP en su área, visite el sitio web [ilaging.illinois.gov/ship](http://ilaging.illinois.gov/ship)



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

#### 4. Puede cambiar a:

**Cualquier plan de salud de Medicare** durante ciertos momentos del año, incluidos el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la Sección A.

Si abandona nuestro plan, recibirá los servicios de Medicaid a través del plan de pago por servicio o deberá inscribirse en el programa de servicios y apoyo a largo plazo administrado (MLTSS) para poder recibir los servicios de Medicaid.

Si está inscrito en un programa de MLTSS, recibirá algunos servicios que no están pagados por Medicare como plan principal mediante el pago por servicio y por su centro de atención de enfermería o la exención de servicios basados en el hogar y la comunidad a través del programa de MLTSS.

Si no se encuentra en un centro de atención de enfermería ni está inscrito en una exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), recibirá los servicios de Medicaid a través del plan de pago por servicio. Puede usar cualquier proveedor que acepte Medicaid y nuevos pacientes.

Si se encuentra en un centro de atención de enfermería o está inscrito en un programa de exención de HCBS, deberá inscribirse en el programa de MLTSS para recibir los servicios. Recibirá otros servicios que Medicare no paga a través del pago por servicio. Para elegir un plan de salud de MLTSS, puede llamar a Servicios de inscripciones para clientes de Illinois al **1-877-912-8880** de 08:00 a. m. a 06:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-866-565-8576**. Dígales que quiere irse e inscribirse en un plan de salud de MLTSS.

Si no elige un plan de salud de servicios y apoyo a largo plazo administrado (MLTSS), se le asignará al plan de salud de MLTSS de nuestra empresa.

#### Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP de Illinois) al **1-800-252-8966** De lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. La llamada es gratuita. TTY **1-888-206-1327** De lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. La llamada es gratuita. Para obtener más información o encontrar una oficina local del SHIP en su área, visite el sitio web [ilaging.illinois.gov/ship](http://ilaging.illinois.gov/ship)

#### O BIEN

Inscríbase en un plan nuevo de Medicare.

Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Para elegir un plan de salud de MLTSS, puede llamar a Servicios de inscripciones para clientes de Illinois al **1-877-912-8880** de 08:00 a. m. a 06:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-866-565-8576**.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## **C2. Sus servicios de Medicaid de Illinois**

Si abandona nuestro plan, recibirá los servicios de Medicaid a través del plan de pago por servicio o deberá inscribirse en el programa de servicios y apoyo a largo plazo administrado (MLTSS) para poder recibir los servicios de Medicaid.

Si no se encuentra en un centro de atención de enfermería ni está inscrito en una exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), recibirá los servicios de Medicaid a través del plan de pago por servicio. Puede usar cualquier proveedor que acepte Medicaid y nuevos pacientes.

Si se encuentra en un centro de atención de enfermería o está inscrito en un programa de exención de HCBS, deberá inscribirse en el programa de MLTSS para recibir los servicios de su centro de atención de enfermería o de exención de HCBS. Recibirá otros servicios que Medicare no paga a través del pago por servicio.

Para elegir un plan de salud de MLTSS, puede llamar a Servicios de inscripciones para clientes de Illinois al **1-877-912-8880** de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 06:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-866-565-8576**. Infórmeles que desea abandonar Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) e inscribirse en un plan de salud de MLTSS.

Si no elige un plan de salud de servicios y apoyo a largo plazo administrado (MLTSS), se lo asignará a un plan de salud de MLTSS de nuestra empresa.

Después de inscribirse en el plan de salud de MLTSS, tendrá 90 días para cambiarse a otro plan de MLTSS.

Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro, un nuevo Manual para miembros e información sobre cómo acceder al nuevo *Directorio de proveedores y farmacias* de su plan de salud de MLTSS.

---

## **D. Sus productos y servicios médicos y los 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 y 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 Medicare FIDE (HMO D-SNP), nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que reciba 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 tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 10. La cancelación de 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 califica para Medicaid. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid.
- 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.
- Si no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o no es ciudadano elegible.
  - Debe ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible para ser miembro de nuestro plan.
  - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
  - Debemos cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

Si pierde la elegibilidad para Medicaid de Illinois, pero se espera que la recupere en un plazo de seis meses, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Cuando finalice su cobertura de Medicaid de Illinois, no pagaremos sus beneficios de Medicaid de Illinois. No seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que estén incluidos en el plan estatal de Medicaid de Illinois, ni pagaremos las primas o el costo compartido de Medicare de los que, de otra manera, el estado sería responsable si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este periodo. Para obtener más información, comuníquese con su coordinador de atención o con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al número de teléfono que figura en la parte inferior de esta página. Ponerse en contacto con la Línea de ayuda para clientes del Departamento de Servicios Humanos para obtener información sobre su elegibilidad para Medicaid de Illinois. Consulte el **Capítulo 2** para obtener los números de teléfono de la Línea de ayuda para clientes del Departamento de Servicios Humanos de Illinois y otros recursos.

Lo ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Medicaid de Illinois. Si se restablece su elegibilidad para Medicaid de Illinois mientras aún está inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de Medicaid de Illinois y su inscripción con nosotros continuará. Solo pagamos la cobertura de Medicaid recibida durante y después de que se restablezcan sus beneficios de Medicaid. Si no puede recuperar la elegibilidad de Medicaid de Illinois en un plazo de seis meses, cancelaremos su inscripción en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Si recupera la elegibilidad de Medicaid de Illinois después de haber cancelado su inscripción, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

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 tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

- 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](tel:1-800-633-4227)). Los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

---

## **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 este *Manual para miembros* para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

---

## **H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía en el 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 a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [711](tel: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/ILDSNP](https://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

# 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 este *Manual para miembros*.

## Índice

### Capítulo 11 Avisos legales

|                                                                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. Aviso sobre leyes .....                                                                                    | 279 |
| B. Aviso sobre no discriminación .....                                                                        | 279 |
| C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medicaid de Illinois como pagador<br>de última instancia ..... | 280 |



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al [1-866-600-2139](tel:1-866-600-2139) (TTY: [711](tel:1-866-600-7111)), 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/ILDSNP](https://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## **A. Aviso sobre leyes**

Muchas leyes se aplican a este *Manual para miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este *Manual para miembros*. Las leyes principales que se aplican son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Medicaid de Illinois. 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, edad, 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 [HHS.gov/ocr/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/index.html) para obtener más información.
- Llame a su Oficina de Derechos Civiles local.  
Office for Civil Rights U.S. Department of Health and Human Services  
233 N. Michigan Ave., Suite 240  
Chicago, IL 60601

Centro de respuesta a clientes: **1-800-368-1019** (TDD: **1-800-537-7697**)

Fax: (202) 619-3818

Correo electrónico: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

- 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.
- Si cree que ha sido discriminado por médicos, hospitales, profesionales de la salud o en la provisión de su cobertura de seguro, le recomendamos que presente un reclamo de las siguientes maneras:
  - Comuníquese con el Departamento de Derechos Humanos de Illinois (IDHR) para presentar una denuncia por discriminación y complete la hoja de información de reclamos del IDHR. Luego, haga lo siguiente:
    - Envíela por correo electrónico a [IDHR.Intake@illinois.gov](mailto:IDHR.Intake@illinois.gov),
    - Envíela por fax al 312-814-6251, Attn: Intake Unit; o
    - Envíela por correo postal a IDHR, Attn: Intake Unit, 100 W. Randolph Street, Suite 10-100, Chicago, IL 60601. Para obtener más información, visite [www.illinois.gov/](http://www.illinois.gov/).



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](http://AetnaMedicare.com/ILDSNP).

- Llame a la línea directa de atención médica del fiscal general de Illinois al **1-877-305-5145 (TTY: 711)** o presente un reclamo través de este formulario; **y**
- Presente una queja ante el plan explicando cómo ocurrió la discriminación.

---

## **C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medicaid de Illinois 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 pagador principal.

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 asegurarnos de que Medicaid de Illinois sea el pagador de última instancia.

### **Derecho de subrogación del plan**

La subrogación es el proceso mediante el cual Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) recupera una parte o la totalidad de los costos de su atención médica de otro asegurador. Algunos ejemplos de otros aseguradores incluyen los siguientes:

- Su seguro de automóvil o vivienda.
- El seguro de automóvil o vivienda de la persona que ocasionó su enfermedad o lesión.
- Compensación laboral.

Si un asegurador que no sea Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) debe pagar los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) tiene derecho a solicitar que el asegurador nos reintegre los gastos. A menos que la ley exija lo contrario, la cobertura en virtud de esta póliza de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) se considerará secundaria cuando otro plan, incluso otro plan de seguro, le proporcione cobertura para los servicios de atención médica.

### **Derecho de reembolso del plan**

Si recibe dinero de una demanda o un acuerdo por una enfermedad o lesión, Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) tiene derecho a solicitarle que reintegre el costo de los servicios cubiertos que pagamos. No podemos obligarlo a reintegrar más dinero del que recibió de la demanda o el acuerdo.

### **Sus responsabilidades**

Como miembro de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), usted acepta lo siguiente:

- Informarnos sobre cualquier evento que pueda afectar los derechos de subrogación o reembolso de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).
- Cooperar con Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) cuando solicitemos información y asistencia con



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP)**.

- la coordinación de los beneficios, la subrogación o el reembolso.
- Firmar documentos para ayudar a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) con sus derechos de subrogación y reembolso.
  - Autorizar a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) a investigar, solicitar información y divulgar información que sea necesaria para llevar a cabo la coordinación de beneficios, la subrogación y el reembolso en la medida en que lo permita la ley.
  - Pagarle a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) todos los montos que recuperó a través de una demanda, un acuerdo o de un tercero o su aseguradora, en la medida de los beneficios proporcionados conforme a la cobertura, hasta completar el valor de los beneficios proporcionados.

Si no está dispuesto a ayudarnos, es posible que deba reintegrarnos nuestros costos, incluidos los honorarios razonables de los abogados, para hacer cumplir nuestros derechos en virtud de este plan.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetnamedicare.com/ILDSNP).

# Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

---

## Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados en todo el *Manual para miembros* 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, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

**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.

**Afección médica de emergencia:** Una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona razonable buscaría atención médica de inmediato para evitar un daño grave.

**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 este *Manual para miembros* 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 imprevisible, una lesión o una afección que no es de emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Puede obtener atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede comunicarse con ellos 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 de nuestro plan y requiere servicios médicamente necesarios de inmediato para una afección imprevista, pero que no es una emergencia médica).

**Atención en la sala de emergencias:** Los servicios de emergencia que recibe en una sala de emergencias.

**Atención hospitalaria para pacientes externos:** Atención en un hospital que, por lo general, no requiere pasar la noche.

**Atención médica a domicilio:** Servicios de atención médica que una persona recibe en el hogar.

**Audiencia estatal:** 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 del estado. Si la audiencia del estado se decide a su favor, debemos darle el servicio que solicitó.



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**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 este *Manual para miembros*.

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* y las normas se publican en nuestro sitio web.

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

**Biosimilar intercambiable:** Un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesitar una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

**Biosimilar:** Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden ser sustitutos del producto biológico original en la farmacia sin necesitar una nueva receta. (Consulte “Biosimilar intercambiable”).

**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.



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**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.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** La agencia federal a cargo de Medicare. **El Capítulo 2** de este *Manual para miembros* explica cómo comunicarse con los CMS.

**Cobertura de medicamentos con receta:** Seguro o plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos con receta.

**Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo):** Un consejo que revisa una apelación de Nivel 4. El Consejo es parte del Gobierno federal.

**Coordinador 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.

**Copago:** Es un monto fijo que usted paga como la parte que le corresponde del costo cada vez que recibe ciertos medicamentos. Por ejemplo, puede pagar \$2 o \$5 por una consulta al médico o por un medicamento.

**Coseguro:** Un porcentaje (por ejemplo, 20%) del costo total de los servicios o medicamentos con receta que debe pagar en el momento en que los recibe.

**Costo compartido diario:** Una tasa que puede aplicarse cuando su médico le recete un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted deba pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes.

A continuación, se muestra un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es de \$1.35. Esto significa que la cantidad que usted paga por su medicamento es inferior a \$0.05 por día. Si recibe un suministro del medicamento para siete días, su pago es menor que \$0.05 por día multiplicado por siete días, lo que representa un pago total inferior a \$0.35.

**Costo compartido:** Montos que debe pagar cuando obtiene determinados medicamentos. El costo compartido incluye copagos y coseguros.

**Costos que paga de su bolsillo:** El requisito de costo compartido para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de costo “que paga de su bolsillo”. Consulte la definición de “costo compartido” más arriba.



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Cuidado 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.

**D-SNP integrado:** Un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas se les conoce como personas con doble elegibilidad para beneficios completos.

**Decisión de cobertura:** Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre los medicamentos y servicios cubiertos, o el monto que pagamos por sus servicios de salud. **El Capítulo 9** de este *Manual para miembros* 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 este *Manual para miembros*.

**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. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* para 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, decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* se explican las decisiones de cobertura.

**Dispositivos protésicos y ortésicos:** Dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, aparatos 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 tratamiento nutricional enteral y parenteral.

**Emergencia:** Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una parte del cuerpo o una función corporal o evitar su deterioro grave (y si usted es una mujer embarazada, para evitar que pierda el feto). 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.



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Equipo de atención:** Consulte “Equipo de Atención Interdisciplinario”.

**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 recetados 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 casos de enfermedad específica o para una parte del cuerpo.

**Etapas de cobertura en situaciones catastróficas:** Es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta fin de año. Usted comienza esta etapa cuando usted (u otra parte calificada en su nombre) haya gastado \$2,400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año. Usted no paga nada.

**Etapas de cobertura inicial:** La etapa antes de que el monto total de los gastos en medicamentos de la Parte D de Medicare alcance \$2,400. Esto incluye los montos que usted ha pagado, lo que nuestro plan ha pagado en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Comienza en esta etapa cuando obtiene la primera receta del año. Durante esta etapa, pagamos parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.

**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.

**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 que se da cuando un proveedor (un médico o un hospital) le factura a usted más que el monto del costo compartido por los servicios. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entienda. Como pagamos el costo total de su servicio, usted no debe pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle 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.



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**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 montos de costos compartidos, 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.

**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 enfermo terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de seis 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:** Atención en un hospital que requiere ingreso como paciente internado y que generalmente requiere pasar la noche en el hospital. Una estadía de una noche para observación podría ser atención para paciente externo.

**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 califica 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.



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**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”.

**Manejo del tratamiento farmacológico (MTM):** Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se brinda a las personas que cumplen ciertos requisitos o participan en un programa de administración de medicamentos. Por lo general, los servicios de MTM incluyen una conversación con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*.

**Manual para miembros 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.

**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.

**Medicaid de Illinois:** Este es el nombre del programa Medicaid de Illinois. Medicaid de Illinois 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 apoyo 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.

**Medicamento genérico:** Un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) 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.

**Medicamentos con receta:** Fármacos y medicamentos que por ley requieren receta 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.



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**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 fabricado y vendido por la compañía que originariamente fabricó 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 y, por lo general, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

**Medicamentos de venta libre (OTC):** Los medicamentos de venta libre son medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un profesional de salud.

**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.

**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”).

**Médico de atención primaria:** Un médico (M.D., doctor en medicina o D.O., doctor en medicina osteopática) según lo permitido por la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

**Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan):** Una persona con Medicare y Medicaid que califica 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.

**Nivel de costo compartido:** Un grupo de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como Lista de medicamentos) se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento.

**Niveles de medicamentos:** Grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos se encuentran en uno de los 5 niveles.



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**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 este *Manual para miembros* 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.

**Paciente internado:** Un término que se usa 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.

**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 en 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.

**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”.



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**Parte D de Medicare:** El programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Nosotros llamamos a este programa “Parte D” para abreviarlo. La Parte D de Medicare cubre medicamentos 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”.

**Parte del costo:** La parte de los costos de su atención médica que es posible que deba pagar cada mes antes de que sus beneficios entren en vigencia. El monto de su parte del costo varía según sus ingresos y recursos.

**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 “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 necesidades especiales con doble elegibilidad totalmente integrado (FIDE SNP):** Plan de salud que brinda atención médica a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Un FIDE SNP cubre Medicare y Medicaid en un solo plan de salud. Nuestro plan es un FIDE SNP.

**Plan de salud:** Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo, y otros proveedores. También tiene coordinadores de atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionar el cuidado que necesita.

**Producto biológico:** Un medicamento que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

**Producto biológico original:** Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y funciona como la comparación con los fabricantes que hacen una versión de biosimilar. También se denomina producto de referencia.

**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.



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

## Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

---

**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.

**Programa de prevención de la 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 este *Manual para miembros* para obtener más 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 este *Manual para miembros* explica los proveedores o centros fuera de la red.

**Proveedores:** “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 apoyo a largo plazo.



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).

**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, nuestros proveedores de la red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja”.

**Red:** Los centros y proveedores con los que su aseguradora o plan de salud tiene contrato para proporcionar servicios de atención médica.

**Remisión:** Una remisión es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) para usar un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene una aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión para consultar a ciertos especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones en **los Capítulos 3 y 4** de este *Manual para miembros*.

**Salud conductual:** Un término integral que se refiere a trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.

**Seguro de salud:** Un contrato que exige que su aseguradora de salud pague parte o la totalidad de sus costos de atención médica.

**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 emergencia:** La evaluación de una afección médica de emergencia y el tratamiento para evitar que la afección empeore.

**Servicios de rehabilitación:** Tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

**Servicios excluidos:** Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

**Servicios preventivos:** Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas antigripales y mamografías de detección).

**Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS):** Los servicios y apoyos 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 LTSS incluyen servicios basados en la comunidad y centros de atención de enfermería (NF).

**Servicios y dispositivos de habilitación:** Servicios que ayudan a una persona a conservar, aprender o mejorar sus habilidades y su funcionamiento para la vida diaria. Los ejemplos incluyen tratamiento para un niño que no camina ni habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, servicios para patologías del habla y del lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes internados o externos.

**Subsidio por bajos ingresos (LIS):** Consulte “Ayuda adicional”.

**Transporte médico de emergencia:** Servicios de ambulancia por una afección médica de emergencia.

**Tratamiento escalonado:** Una norma de cobertura que exige que pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que pide.



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.aetna.com/ILDSNP).

| Método           | Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME AL</b>  | <b>1-866-600-2139 (TTY: 711)</b><br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.<br>El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| <b>TTY</b>       | <b>711</b><br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.                                                                                                                                                                  |
| <b>FAX</b>       | 1-855-259-2087                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>ESCRIBA A</b> | Aetna Medicare FIDE<br>Aetna Duals COE Member Correspondence<br><br>PO Box 982980<br>El Paso, TX 79998                                                                                                                                                                                                       |
| <b>SITIO WEB</b> | Visite <a href="https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP">AetnaMedicare.com/ILDSNP</a> o escanee este código con su teléfono inteligente para visitar nuestro sitio web.<br>                                                 |

**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:

|                  |                                                                                       |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME AL</b>  | De lunes a viernes de 08:30 a. m. a 05:00 p. m.                                       |
| <b>TTY</b>       | <b>711</b>                                                                            |
| <b>ESCRIBA A</b> | Department on Aging, One Natural Resources Way, Suite 100, Springfield, IL 62702-1271 |
| <b>SITIO WEB</b> | <a href="https://ilaging.illinois.gov/ship">ilaging.illinois.gov/ship</a>             |

**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 0938-1444. 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.  
20260917



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139** (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/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP).