



Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) | Resumen de beneficios para 2027 H9771-001

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

Sus preguntas son importantes para nosotros y estamos aquí para ayudarlo

Si tiene preguntas, llame al

Departamento de Servicios para Miembros de 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.

2027-H9771.001.2

Introducción:

Este documento es un resumen breve de los beneficios y servicios cubiertos por Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una visión general de los beneficios y servicios que se ofrecen e información sobre sus derechos como miembro de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Descargos de responsabilidad	3
B. Preguntas frecuentes	6
C. Lista de los servicios cubiertos	10
D. Beneficios cubiertos por fuera de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)	28
E. Servicios que Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), Medicare y Medicaid no cubren	28
F. Sus derechos como miembro del plan	29
G. Cómo presentar un reclamo o apelar la denegación de un servicio	31
H. Qué hacer si tiene sospechas de fraude	32



A. Descargos de responsabilidad



Este es un resumen de servicios de salud cubiertos por Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) para 2027. Este es solo un resumen. Lea el *Manual para miembros* para ver la lista completa de beneficios. Puede encontrar el *Manual para miembros* en [AetnaMedicare.com/ILDSNP](https://www.aetnamedicare.com/ILDSNP) o solicitar una copia llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**.

- Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad totalmente integrado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa de Medicaid de Illinois. La inscripción en Aetna Medicare FIDE depende de la renovación del contrato.
- Consulte el *Manual para miembros* para leer una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan.
- Los proveedores de atención médica participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. La composición de la red de proveedores está sujeta a cambios.
- Para enviar un reclamo a Aetna, llame al plan o al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Para enviar un reclamo a Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**) (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si su reclamo implica un corredor o agente, asegúrese de incluir el nombre de la persona cuando presente su queja.
- Para obtener más información sobre Medicare, puede leer el manual *Medicare & You (Medicare y usted)*. Tiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puedo obtenerlo en el sitio web de Medicare ([Medicare.gov](https://www.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Para obtener más información sobre Medicaid, puede consultar el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica del estado en hfs.illinois.gov/medicalclients.html.
- Puede obtener este documento sin cargo en otros idiomas y formatos como letra grande, braille o audio. Llame al **1-866-600-2139 (TTY: 711)** de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- Este documento está disponible sin cargo en inglés. This document is available for free in English.
- Si hay un formato adicional o alternativo que necesita, o desea cambiar de idioma preferido, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Su idioma de preferencia será registrado;



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 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).

sin embargo, si desea cambiar su elección en el futuro, deberá llamar al Departamento de Servicios para Miembros.



Notice of Availability (NOA)

TTY: 711

To access language services at no cost to you, call the number on this document. (English)

(Arabic) للحصول على خدمات اللغة مجاناً، اتصل بالرقم المذكور في هذه الوثيقة.

如欲使用免費語言服務，請致電本文件上的電話號碼。 (Chinese)

Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, appelez le numéro indiqué sur ce document. (French)

Um kostenlos auf Sprachdienste zuzugreifen, rufen Sie die Nummer in diesem Dokument an. (German)

Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό που αναγράφεται στο έγγραφο. (Greek)

તમારે કોઈ જાતના ખર્ચ વિના ભાષાની સેવાઓની પહોંચ માટે, આ દસ્તાવેજ ઉપરના નંબરને કોલ કરો. (Gujarati)

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

Per accedere gratuitamente ai servizi linguistici, chiama il numero riportato in questo documento. (Italian)

무료로 언어 서비스를 이용하려면 이 문서에 있는 전화번호로 전화하세요. (Korean)

Aby uzyskać bezpłatny dostęp do usług językowych, zadzwoń pod numer podany w tym dokumencie. (Polish)

Ligue para o número indicado neste documento para receber assistência linguística gratuita. (Portuguese)

Чтобы получить бесплатные языковые услуги, позвоните по номеру телефона, указанному в этом документе. (Russian)

Para acceder a servicios de idiomas sin costo alguno, llame al número que aparece en este documento. (Spanish)

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

(Urdu) بلا قیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، اس دستاویز پر درج نمبر پر بات کریں

Để truy cập dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, hãy gọi đến số điện thoại ghi trên tài liệu này. (Vietnamese)

H9771_2025_V3



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139**, (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 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. Preguntas frecuentes

En la tabla siguiente figuran las preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un FIDE SNP de Illinois?	Un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad totalmente integrado (FIDE SNP) de Illinois es un programa de cuidado administrado de Illinois. Este programa es para personas mayores y personas con discapacidades que tienen todos los beneficios de Medicaid y Medicare. FIDE SNP de Illinois cubre todos sus beneficios de Medicare, de la Parte D de Medicare y adicionales, en un plan de salud con una tarjeta de identificación de miembro. Los FIDE SNP de Illinois tienen coordinadores de atención para ayudarle a administrar todos sus servicios y apoyos de atención médica y a largo plazo. Si se inscribe en un FIDE SNP, no perderá ninguno de sus Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS) o beneficios de Medicare. Cada servicio que tiene con Medicaid y Medicare sigue estando disponible, junto con el acceso a algunos servicios adicionales. Para ser elegible para inscribirse en un FIDE SNP en Illinois, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y ser elegible para recibir todos los beneficios de Medicaid.
¿Recibiré los mismos beneficios de Medicare y Medicaid en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) que obtengo ahora?	Recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y Medicaid directamente de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Trabajará con un equipo de proveedores que ayudarán a determinar los servicios que mejor satisfacen sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que recibe ahora pueden cambiar en función de sus necesidades y la evaluación de su médico y del equipo de atención. También puede obtener otros beneficios fuera de su plan de salud de la misma forma que lo hace ahora, directamente de una agencia estatal o de un condado, servicios especializados de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias, o servicios en un centro regional. Cuando se inscribe en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), usted y su coordinador de atención trabajarán juntos para elaborar un plan de atención personalizado que aborde sus necesidades de salud y apoyo y que refleje sus preferencias y objetivos personales. Si está tomando medicamentos de la Parte D de Medicare que Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) normalmente no cubre, puede recibir un suministro temporal y lo ayudaremos a cambiar a otro medicamento u obtener una excepción para que Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de esta página.



Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo consultar a los mismos médicos a los que consulto ahora?	A menudo, esto es lo que ocurre. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de atención médica) trabajan con Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) y tienen un contrato con nosotros, puede continuar acudiendo a ellos. • Los proveedores que tienen un acuerdo con nosotros están “dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan los miembros de nuestro plan y proporcionar servicios que cubre nuestro plan. Debe recurrir a los proveedores de la red de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Si utiliza proveedores o farmacias que no están en la red, el plan no puede pagar estos servicios o medicamentos. • Si necesita atención de urgencia o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, puede consultar a proveedores fuera del plan Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) cubre la atención de urgencia o de emergencia en todo el mundo. • Tiene un período de continuidad de atención. Cuando se inscribe en el plan por primera vez, puede continuar usando los proveedores a los que acude ahora por hasta 90 días a partir de su fecha de elegibilidad y 90 días si viene de otro plan FIDE SNP. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para consultar si se requiere una consideración adicional. Para averiguar si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que se indican al final de esta página o lea el <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) en el sitio web del plan en AetnaBetterHealth.com/Illinois-dsnp/find-provider. Si es nuevo en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), trabajaremos con usted para desarrollar un plan de atención individualizado para abordar sus necesidades.
¿Qué es un coordinador de atención de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)?	Un coordinador de atención de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) es una de las principales personas con las que debe comunicarse. Esta persona lo ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que necesita.
¿Qué son los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)?	Los servicios y apoyos a largo plazo son ayudas para personas que necesitan asistencia para realizar tareas diarias, como bañarse, ir al baño, vestirse, preparar comida y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se brindan en el hogar o en la comunidad, pero podrían proporcionarse en un hogar de convalecencia u hospital. En algunos casos, un condado u otra agencia pueden administrar estos servicios, y su coordinador de atención o equipo de atención trabajará con esa agencia.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite AetnaMedicare.com/ILDSNP.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) puede proporcionarlo?	Nuestros proveedores de la red brindan la mayoría de los servicios. Si necesita un servicio que no puede proporcionarse dentro de nuestra red, Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) pagará el costo de un proveedor fuera de la red.
¿Dónde está disponible Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)?	El área de servicio para este plan incluye: Illinois: Condados de 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. Debe vivir en una de estas áreas para unirse al plan.
¿Qué es autorización previa (PA)?	Una autorización previa hace referencia a una aprobación por parte de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) para buscar servicios fuera de la red u obtener servicios que no estén normalmente cubiertos por nuestra red antes de que obtenga los servicios. Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) no puede cubrir el servicio, procedimiento, producto o medicamento si no recibe una autorización previa. Si necesita atención de urgencia o emergencia o servicios de diálisis fuera del área, no es necesario que obtenga una autorización previa. Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) puede proporcionarle una lista de los servicios o procedimientos que requieren que obtenga autorización previa de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) antes de que se proporcione el servicio. Consulte el Capítulo 3 del <i>Manual para miembros</i> para obtener más información sobre la autorización previa. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 del <i>Manual para miembros</i> para obtener información sobre cuáles son los servicios que requieren autorización previa. Si tiene preguntas sobre si se requiere autorización previa para obtener servicios, procedimientos, productos o medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de esta página para recibir asistencia.



Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Pago un monto mensual (lo que también se denomina prima) en virtud de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)?	No. Debido a que tiene Medicaid, usted no pagará ninguna prima de la Parte B de Medicare para su cobertura médica.
¿Pago un deducible como miembro de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)?	No. Usted no paga deducibles por servicios médicos en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Si no califica para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos con receta, usted pagará un deducible anual de \$700 por sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5.
¿Cuál es el monto máximo que pagaré de mi bolsillo por los servicios médicos como miembro de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)?	No hay costo compartido para los servicios médicos en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), por lo que los costos anuales de su bolsillo serán de \$0.
¿Tengo que pagar más para inscribirme en este plan?	No tiene que pagar más para inscribirse en este plan.
¿Cómo coordina este plan mis beneficios de Medicare y Medicaid?	Tendrá un equipo de atención que usted ayudó a formar. Su equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarle a obtener la atención que necesita. Tendrá un coordinador de atención. Esta es una persona que trabaja con usted, con el plan y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que reciba la atención que necesita.
¿Puedo dirigir mi propia atención?	Podrá dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y el coordinador de atención. El equipo de atención y el administrador de casos trabajarán con usted para elaborar un plan de atención diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de atención se encargará de coordinar los servicios que necesita. Esto significa, por ejemplo, lo siguiente: • Su equipo de atención se asegurará de que sus médicos estén al tanto de todos los medicamentos que toma para que puedan reducir cualquier efecto secundario. • Su equipo de atención se asegurará de que los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y demás proveedores.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 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).

C. Lista de los servicios cubiertos

La siguiente tabla es un resumen rápido de los servicios que puede necesitar, sus costos y normas sobre los beneficios.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Necesita atención hospitalaria	Hospitalización para pacientes internados	\$0	Excepto en una emergencia, su proveedor de atención médica debe informar al plan sobre su internación en hospital. Puede requerirse autorización previa.
	Servicios hospitalarios para pacientes externos, incluida la observación	\$0	Puede requerirse autorización previa.
	Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	\$0	Algunos procedimientos podrían requerir autorización previa.
	Atención del médico o del cirujano	\$0	Puede requerirse autorización previa.
Necesita un médico	Consultas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	Ninguno
	Atención para evitar que se enferme, como vacunas antigripales y pruebas de detección del cáncer	\$0	Puede requerirse autorización previa para determinados exámenes preventivos.
	Consultas de bienestar, como un examen físico	\$0	Ninguno
	Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez)	\$0	Ninguno
	Atención especializada	\$0	Puede requerirse autorización previa.



Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Necesita atención de emergencia	Servicios en la sala de emergencias	\$0	Puede usar cualquier sala de emergencias si con sensatez cree que necesita atención de emergencia. No se requiere autorización previa y el hospital no tiene que estar dentro de la red. Los servicios en la sala de emergencias también están cubiertos fuera de los EE. UU. Comuníquese con el plan para obtener más información. Cubrimos la atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo. Cobertura máxima: \$250,000. Esto es lo máximo que pagaremos por el costo combinado de la atención de emergencia, la atención de urgencia y los servicios de ambulancia de emergencia recibidos fuera de los EE. UU.
	Atención de urgencia	\$0	Los servicios de urgencia no son atención de emergencia. No se requiere autorización previa y no tiene que estar dentro de la red. Los servicios de urgencia también están cubiertos fuera de los EE. UU. y sus territorios en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más información.
Necesita exámenes médicos	Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, radiografías u otros servicios por imágenes, como tomografías computadas [CAT] o resonancias magnéticas [MRI])	\$0	Puede requerirse autorización previa.
(continuación en la página siguiente)			



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 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).

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Necesita exámenes médicos (continuación de la página anterior)			
	Análisis de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	\$0	Puede requerirse autorización previa.
	Tratamientos preventivos, como pruebas para detectar cáncer	\$0	Puede requerirse autorización previa.
Necesita servicios auditivos/de audición	Pruebas de detección auditivas	\$0	Recibe un examen auditivo de rutina por año con un proveedor de la red de NationsHearing®. Puede requerirse autorización previa.
	Audífonos	\$0	Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$1,000 por oído, por un total de \$2,000 cada año. Si el costo supera el monto de beneficios, usted paga la diferencia. Este monto de beneficios solo se puede usar para comprar audífonos a través de un proveedor autorizado de la red de NationsHearing®.
Necesita atención dental	Consultas de control dental y atención preventiva	\$0	Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$3,000 para los servicios dentales preventivos e integrales cubiertos. Usted es responsable de cualquier costo que exceda este monto.
			Los servicios dentales cubiertos incluyen exámenes bucales, radiografías, limpiezas, empastes, extracciones, coronas y más.
			Nuestro plan se asoció con DentaQuest para proporcionarle cobertura dental.
Para localizar un proveedor de la			
(continuación en la página siguiente)			



Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Necesita atención dental (continuación de la página anterior)			
			red, usted puede hacer lo siguiente: 1. Llamar al Departamento de Servicios para Miembros de DentaQuest al 1-800-416-9185 (TTY: 711) . O BIEN, 2. Visite dentaquest.com y realice la búsqueda usando su plan de Medicare. Puede requerirse autorización previa.
	Atención dental de restauración y de emergencia	\$0	Puede requerirse autorización previa.
Necesita atención de la vista.	Exámenes de la vista	\$0	Examen de la vista de rutina: Uno por año y según sea médicamente necesario.
	Lentes de contacto o anteojos	\$0	Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$200 para anteojos con receta cubiertos. Nos hemos unido a March Vision para brindar este beneficio. Debe consultar a un proveedor de March Vision para usar su 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. Anteojos (marcos y lentes): Uno cada dos años. Lentes de contacto: Uno cada dos
(continuación en la página siguiente)			



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139, (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite AetnaMedicare.com/ILDSNP.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Necesita atención de la vista (continuación de la página anterior)			
			años. Los lentes de contacto y los lentes especiales pueden requerir autorización previa.
	Otros servicios de atención de la vista	\$0	Puede requerirse autorización previa.
Necesita servicios de salud conductual	Servicios de salud conductual	\$0	Puede requerirse autorización previa.
	Servicios basados en pacientes internados y externos y en la comunidad para personas que necesitan servicios de salud conductual	\$0	Puede requerirse autorización previa.
Necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	\$0	Puede requerirse autorización previa.
Necesita un lugar para vivir con personas disponibles para ayudarlo	Atención de enfermería especializada	\$0	Puede requerirse autorización previa.
	Atención en el hogar de convalecencia		Puede requerirse autorización previa.
Necesita un tratamiento después de un accidente cerebrovascular o un accidente	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	\$0	Puede requerirse autorización previa.
Necesita ayuda para llegar a los servicios de salud.	Servicios de ambulancia	\$0	Los servicios de ambulancia también están cubiertos fuera de los EE. UU. Comuníquese con el plan para obtener más información. Puede requerirse autorización previa.
			Los servicios de ambulancia para
(continuación en la página siguiente)			



Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para llegar a los servicios de salud (continuación de la página anterior)			
			emergencias no requieren remisión ni autorización previa. Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia en situaciones que no sean de emergencia.
	Transporte de emergencia	\$0	
	Transporte a citas y servicios médicos	\$0	Póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-600-2139 (TTY: 711) . Puede requerirse autorización previa.
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	\$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos proporcionados por su médico en el consultorio, algunos medicamentos bucales y algunos medicamentos utilizados con determinados equipos médicos. Lea el <i>Manual para miembros</i> para obtener más información sobre estos medicamentos. Puede requerirse autorización previa.
	Medicamentos de la Parte D de Medicare	Los copagos para los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	Puede haber limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)</i> de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) para obtener más información. Una vez que usted u otras personas en su nombre paguen \$2,400, habrá alcanzado la etapa de cobertura en situaciones
(continuación en la página siguiente)			



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139, (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 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).

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación de la página anterior)			
			catastróficas y pagará \$0 por todos sus medicamentos de Medicare. Lea el <i>Manual para miembros</i> para obtener más información sobre esta etapa.
			Puede recibir un suministro para un mes, dos meses o 100 días de la mayoría de sus medicamentos a través de las farmacias de pedido por correo y minoristas de la red. El monto de costo compartido para estos suministros extendidos es el mismo que para un suministro de un mes.
	Si califica para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos con receta, usted paga:		
	Deducible anual	\$0	
	Medicamentos genéricos cubiertos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos)	\$0, \$1.65 o \$5.80	
	Para todos los demás medicamentos cubiertos:	\$0, \$5.00 o \$14.40	
Deducible anual	Si califica para recibir Ayuda adicional, esta etapa de pago no se aplica en su caso. El deducible de \$700 se		
(continuación en la página siguiente)			



Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación de la página anterior)			
		aplica a los Niveles 3, 4 y 5, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.	
	Insulinas	Independiente del nivel, usted no paga más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.	
	Nivel 1: Medicamento genérico preferido	\$0 para un suministro para 30 días en un entorno de paciente externo y un suministro para 31 días en un centro a largo plazo.	
	Nivel 2: Medicamento genérico	\$0 para un suministro para 30 días en un entorno de paciente externo y un suministro para 31 días en un centro	
(continuación en la página siguiente)			



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139**, (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 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).

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación de la página anterior)			
		a largo plazo.	
	Nivel 3: Medicamento de marca preferido	9% para un suministro para 30 días en un entorno de paciente externo y un suministro para 31 días en un centro a largo plazo.	
	Nivel 4: Medicamento no preferido	25% para un suministro para 30 días en un entorno de paciente externo y un suministro para 31 días en un centro a largo plazo.	
	Nivel 5: Medicamento especializado	25% para un suministro para 30 días en un entorno de paciente externo y un suministro para 31 días en un centro de atención a largo plazo.	
	Medicamentos de venta libre (OTC)	\$0	Puede haber limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)</i> de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) para obtener más información.



Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) **H9771-001: Resumen de beneficios para 2027**

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	\$0	Puede requerirse autorización previa.
	Equipo médico para la atención a domicilio	\$0	Puede requerirse autorización previa.
	Servicios de diálisis	\$0	Puede requerirse autorización previa.
Necesita atención de los pies	Servicios de podiatría	\$0	Para los servicios no cubiertos por Medicare, cubrimos hasta seis consultas por año. Puede requerirse autorización previa.
	Servicios ortésicos	\$0	Puede requerirse autorización previa.
Necesita equipo médico duradero (DME) Nota: Esta no es una lista completa de todo el DME cubierto. Para obtener una lista completa, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o consulte el Capítulo 4 del <i>Manual para miembros</i> .	Sillas de ruedas, muletas y andadores	\$0	Puede requerirse autorización previa.
	Nebulizadores	\$0	Puede requerirse autorización previa.
	Oxígeno y suministros médicos	\$0	Puede requerirse autorización previa.
Necesita ayuda para vivir en casa	Servicios de atención médica a domicilio	\$0	Puede requerirse autorización previa.
	Servicios a domicilio, como limpieza o mantenimiento del hogar o modificaciones en el hogar, como barras de sujeción	\$0	Se requiere inscripción en el programa de exención estatal. El estado de Illinois determina la elegibilidad para los servicios de exención. Se aplican las normas de autorización y elegibilidad.
	Salud diurna para adultos, Servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS) u	\$0	Comuníquese con su coordinador de atención para obtener más información sobre si califica para estos servicios.
(continuación en la página siguiente)			



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139**, (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 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).

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en casa (continuación de la página anterior)			
	otros servicios de apoyo		Puede requerirse autorización previa.
	Comidas llevadas a su casa	\$0	Comuníquese con su coordinador de atención para obtener más información sobre si califica para estos servicios. Puede requerirse autorización previa.
	Servicios de habilitación diurna	\$0	Se requiere inscripción en el programa de exención estatal. El estado de Illinois determina la elegibilidad para los servicios de exención. Se aplican las normas de autorización y elegibilidad.
	Servicios para ayudarlo a vivir por su cuenta (servicios de atención médica a domicilio o servicios de atención personal)	\$0	Se requiere inscripción en el programa de exención estatal. El estado de Illinois determina la elegibilidad para los servicios de exención. Se aplican las normas de autorización y elegibilidad. Comuníquese con su coordinador de atención para obtener más información sobre si califica para estos servicios.
Servicios cubiertos adicionales	Acupuntura	\$0	
	Servicios de quiropráctica, solo manipulación de la columna de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.	\$0	
	Suministros y servicios para diabéticos	\$0	Es posible que se apliquen límites de cantidad. Puede requerirse autorización previa.
(continuación en la página siguiente)			



Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación de la página anterior)			
	Servicios protésicos	\$0	Es posible que se apliquen límites de cantidad. Puede requerirse autorización previa.
	Vida asistida u otros servicios de vivienda	\$0	Se requiere inscripción en el programa de exención estatal. El estado de Illinois determina la elegibilidad para los servicios de exención. Se aplican las normas de autorización y elegibilidad.
	Cuidados paliativos	\$0	Se requiere inscripción en el programa de exención estatal. El estado de Illinois determina la elegibilidad para los servicios de exención. Se aplican las normas de autorización y elegibilidad.
	Radioterapia	\$0	Puede requerirse autorización previa.
	Servicios para ayudarlo a lidiar con su enfermedad	\$0	Puede requerirse autorización previa.
	Atención en hospicio	\$0	Puede requerirse autorización previa.
	Mamografías	\$0	Puede requerirse autorización previa.
	Línea de enfermería durante las 24 horas	\$0	Puede hablar con un enfermero certificado en cualquier momento para analizar preguntas relacionadas con la salud. Si bien solo su médico puede diagnosticar, recetar o dar asesoramiento médico, el personal de la Línea de enfermería durante las 24 horas puede brindar información sobre una variedad de temas de salud.
	Examen físico anual	\$0	
(continuación en la página siguiente)			

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación de la página anterior)			
	Billetera de apoyo adicional		Beneficios complementarios especiales Nuestro plan ofrece beneficios adicionales a los miembros con afecciones crónicas que califican. Consulte el <i>Manual para miembros</i> para obtener una lista completa de los criterios de elegibilidad. Calificaciones para elegibilidad: Si es diagnosticado con una o más de las afecciones crónicas que figuran en la <i>Manual para miembros</i> y reúne todos los demás criterios, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales en virtud de nuestro plan para ayudarlo a administrar su salud y bienestar general. La inscripción en el plan no garantiza la elegibilidad. Recibirá beneficios complementarios especiales después de que se determine que reúne la calificación para elegibilidad. Sin embargo, no recibirá beneficios para ningún período de tiempo antes de que se determine su elegibilidad. Beneficios: Después de cumplir con todas las calificaciones para elegibilidad, el monto mensual de beneficios de \$234 en la billetera de productos de venta libre (OTC) se cambiará a la billetera de apoyo adicional con categorías de gastos adicionales. Los miembros que califican pueden usar esta billetera para ayudar a pagar determinados alimentos saludables, productos de venta libre (OTC) de salud y bienestar, transporte, servicios públicos y productos de atención

(continuación en la página siguiente)



Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación de la página anterior)			
			personal. Esto reemplazará su billetera de OTC. No se le aplicarán fondos adicionales a su tarjeta.
			Los productos aprobados se pueden adquirir en tiendas autorizadas participantes, incluidas las tiendas minoristas de CVS® (excepto las ubicadas dentro de otras tiendas). También puede usar la aplicación CVS Flex Benefits™, conectarse en línea en CVS.com/Aetna o comprar por teléfono.
			Importante: Si califica, esta billetera se agregará a su tarjeta actual de beneficios adicionales de Aetna® Medicare.
			Si utiliza este programa para pagar el alquiler o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) requiere que se declare como ingreso si busca ayuda. Comuníquese con la oficina del HUD de su localidad si tiene preguntas.
			Los beneficios que se mencionan son parte de los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Las afecciones de los SSBCI incluyen, entre otras: Hipertensión, hiperlipidemia, diabetes, trastornos cardiovasculares y trastornos pulmonares crónicos. La elegibilidad se determina en función de si tiene una afección
(continuación en la página siguiente)			



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139**, (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite AetnaMedicare.com/ILDSNP.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación de la página anterior)			
			crónica asociada con este beneficio y cumple con los demás criterios. Incluso si tiene una afección crónica enumerada, es posible que no necesariamente reciba el beneficio porque pueden aplicarse otros criterios de elegibilidad y cobertura. Las normas y condiciones pueden variar según el beneficio. Comuníquese con nosotros para confirmar los requisitos específicos de las afecciones de los SSBCI para los beneficios de este plan y determinar su elegibilidad.
	Prevención de caídas	\$0	Usted recibirá un monto anual de beneficios (asignación) de \$100 para comprar determinados productos aprobados de seguridad para el hogar y el baño.
	Acondicionamiento físico: Membresía básica de SilverSneakers®	\$0	Recibe una membresía básica en cualquier centro de acondicionamiento físico participante autorizado de SilverSneakers®. Adicionalmente, se ofrecen clases y kits de acondicionamiento físico para el hogar. Puede solicitar un kit de acondicionamiento físico por año a través de SilverSneakers.
	Beneficio de comidas (después del alta)	\$0	Después del alta de un hospital de cuidados agudos para pacientes internados, hospital psiquiátrico para pacientes internados o centro de atención de enfermería especializada que califica, puede ser elegible para recibir un máximo de 28 comidas recién preparadas durante un período de 14 días. Estas comidas se proporcionan para ayudar a
(continuación en la página siguiente)			



Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación de la página anterior)			
			respaldar su recuperación o controlar sus afecciones de salud. Nos hemos asociado con nuestro proveedor autorizado, NationsMarket™, para proporcionar este beneficio.
	Billetera de productos de venta libre (OTC)		Billetera de productos de venta libre (OTC) Usted recibe un monto mensual de beneficios (asignación) de \$234 en la tarjeta de beneficios adicionales de Aetna® Medicare. Puede usar su billetera de productos de venta libre (OTC) para pagar determinados productos de salud y bienestar OTC, incluidos medicamentos para alergias, analgésicos, suministros de primeros auxilios y más. Los productos aprobados se pueden adquirir en tiendas autorizadas participantes, incluidas las tiendas minoristas de CVS® (excepto las ubicadas dentro de otras tiendas). También puede usar la aplicación CVS Flex Benefits™, conectarse en línea en CVS.com/Aetna o comprar por teléfono. Importante: • Si recibió una tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare en 2026 y no ha cambiado de plan, conserve su tarjeta. No recibirá una nueva tarjeta por correo para el año del plan 2027.
(continuación en la página siguiente)			



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 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).

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación de la página anterior)			
			• Si es un miembro nuevo o no se inscribió en un plan con una tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare en 2026, debería obtener una nueva tarjeta antes de que comience su plan. • Si se inscribió en un plan con una tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare en 2026 y cambió de plan, puede recibir una nueva tarjeta. No descarte su tarjeta actual a menos que reciba una nueva.
	Sistema personal de respuesta ante emergencias	\$0	Nuestro plan cubre un sistema de respuesta ante alertas médicas a través de nuestro proveedor autorizado de LifeStation para brindarle acceso a asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en caso de una caída o una emergencia. LifeStation es nuestro proveedor autorizado para este beneficio. Los miembros acceden a este beneficio a través de la administración de la atención de Aetna.
	Telesalud	\$0	Los miembros tienen la opción de programar una visita de telesalud durante las 24 horas, los 7 días de la semana, mediante Teladoc o videoconsultas de MinuteClinic. Puede requerirse autorización previa.
(continuación en la página siguiente)			



Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) **H9771-001: Resumen de beneficios para 2027**

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación de la página anterior)			
	Pelucas	\$0	\$400 de asignación cada año. Se ofrece este beneficio para la pérdida de cabello como resultado de la quimioterapia.

El resumen de beneficios descrito anteriormente solo se proporciona con fines informativos y no es una lista completa de los beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer el *Manual para miembros* de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Si no tiene un *Manual para miembros*, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) a los números que figuran en la parte inferior de esta página para obtener uno. Si tiene preguntas, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o visitar [AetnaMedicare.com/ILDSNP](https://www.aetnamedicare.com/ILDSNP).



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 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).

D. Beneficios cubiertos por fuera de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

Hay algunos servicios que puede recibir que no están cubiertos por Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), pero sí por Medicare, Medicaid o una agencia estatal o del condado. Esta no es una lista completa. Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de esta página para obtener información sobre estos servicios.

Otros servicios cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia estatal	Sus costos
Determinados servicios de atención en hospicio cubiertos fuera de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)	\$0
Determinados servicios de transporte de ambulancia de Medicaid que no sean de emergencia	Cubiertos por el programa de pago por servicio de Illinois. \$0

E. Servicios que Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), Medicare y Medicaid no cubren

Esta no es una lista completa. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre otros servicios excluidos.

Servicios que Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), Medicare y Medicaid no cubren	
Productos personales en su habitación en un hospital o un centro de atención de enfermería, como un teléfono o un televisor.	Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.
Tratamientos médicos y quirúrgicos, productos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Los tratamientos y productos experimentales son aquellos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.	Servicios de naturópata (el uso de tratamientos naturales o alternativos).



Servicios que Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), Medicare y Medicaid no cubren

Cirugía estética u otro procedimiento cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para que coincida con ella.	Servicios que no se consideran “razonables y necesarios”, de acuerdo con los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que nuestro plan enumere estos servicios como servicios cubiertos.
Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.	Enfermeros privados.
Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague.	Queratotomía radial y cirugía LASIK.

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), usted tiene ciertos derechos. Puede ejercer estos derechos sin ser castigado. También puede usar estos derechos sin perder sus servicios de atención médica. Le informaremos sobre sus derechos, al menos, una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte el *Manual para miembros*.

Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Usted tiene derecho al respeto, a la justicia y a la dignidad.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - Obtener servicios cubiertos sin preocupaciones por la afección médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, historial médico, discapacidad (incluido el estado mental), estado matrimonial, edad, sexo, orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo o asistencia pública
 - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, letra grande, braille o audio) de forma gratuita
 - No sufrir ninguna forma de restricción ni aislamiento físico.
- **Usted tiene derecho a obtener información sobre su atención médica.** Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un idioma y formato que usted puede comprender. Esto incluye el derecho a obtener información sobre:
 - Descripción de los servicios que cubrimos
 - Cómo obtener servicios.
 - Cuánto le costarán los servicios
 - Nombres de proveedores de atención médica y de coordinadores de atención.
- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención, incluido el rechazo del tratamiento.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - Elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y cambiar su PCP en cualquier momento del año.
 - Consultar a un proveedor de atención médica para mujeres sin una remisión
 - Obtener sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 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).

- Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de su costo o de que tengan cobertura.
- Rechazar el tratamiento, incluso si su proveedor de atención médica le aconseja lo contrario
- Dejar de tomar un medicamento, incluso si su proveedor de atención médica le recomienda no hacerlo.
- Derecho a solicitar una segunda opinión. Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) pagará el costo de la consulta de una segunda opinión.
- Dar a conocer sus deseos de atención médica en una instrucción anticipada.
- **Usted tiene derecho a acceder de manera oportuna a la atención sin barreras de comunicación o de acceso físico.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - Obtener atención médica oportuna
 - Entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica. Esto significa acceso sin barreras para personas con discapacidades, de acuerdo con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades.
 - Recibir ayuda de intérpretes para la comunicación con sus proveedores de atención médica y su plan de salud.
- **Usted tiene derecho a buscar la atención de emergencia y de urgencia cuando lo necesite.** Esto significa que usted tiene derecho a lo siguiente:
 - Obtener servicios de emergencia sin autorización previa en caso de emergencia.
 - Consultar a un proveedor de atención de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario.
- **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - Solicitar y obtener una copia de su historial médico de una manera que pueda comprender y para solicitar que su historial se cambie o se corrija
 - Mantener la confidencialidad de su información personal de salud.
 - Tener privacidad durante el tratamiento.
- **Tiene derecho a presentar reclamos sobre los servicios o la atención cubiertos.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - Presentar un reclamo o una queja contra nosotros o nuestros proveedores.
 - Presente un reclamo ante la Línea directa de fraude del estado de Illinois en **1-844-453-7283**. Puede llamar al número de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. El sitio web de Illinois, hfs.illinois.gov/oig/reportfraud.html, tiene instrucciones disponibles en línea.
 - Apelar ciertas decisiones tomadas por Medicaid de Illinois o Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).
 - Solicitar una audiencia del estado.
 - Obtener un motivo detallado de por qué se denegaron los servicios.

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer el *Manual para miembros*. Si tiene preguntas, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) a los números que figuran en la parte inferior de esta página.

También puede llamar al defensor del pueblo para las personas que tienen Medicare y Medicaid al **1-800-252-8966** (TTY: **1-888-206-1327**) Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla), de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m.



G. Cómo presentar un reclamo o apelar la denegación de un servicio

Si tiene un reclamo o cree que Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) debe cubrir algo que hemos denegado, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que se indican al final de la página. Es posible que pueda apelar nuestra decisión.

Para obtener respuestas sobre reclamos y apelaciones, puede leer el Capítulo 9 del *Manual para miembros*. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) a los números que figuran en la parte inferior de esta página.

Para presentar una **apelación** sobre la atención médica, llame al **1-866-600-2139 (TTY: 711)** o escriba a esta dirección:

Aetna Duals Member Appeals
PO Box 14726
Lexington, KY 40512

Para presentar una **apelación** sobre medicamentos con receta, llame al **1-866-600-2139 (TTY: 711)** o escriba a esta dirección:

Part D Appeals Pharmacy Department
4750 S 44th Pl Suite 150
Phoenix, AZ 85040

Para presentar un reclamo (lo que también se denomina **queja**) sobre la atención médica o los medicamentos con receta, llame al **1-866-600-2139 (TTY: 711)** o escriba a esta dirección:

Aetna Duals Grievances
PO Box 14725
Lexington, KY 40512

Para presentar un reclamo de **revisión médica independiente**, llame al **1-866-600-2139 (TTY: 711)** o escriba a esta dirección:

Aetna Duals Member Appeals
PO Box 14726
Lexington, KY 40512

Otros recursos incluyen:

- Línea directa del Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares del Estado de Illinois y Beneficios de Salud para ayuda sin costo. La Línea directa de beneficios de salud de Illinois ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas. El número de teléfono es **1-800-226-0768 (TTY: 1-877-204-1012)**, De lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 04:30 p.m.
- Línea de ayuda para personas mayores para obtener ayuda gratuita. La línea de ayuda para personas mayores ayudará a cualquier persona de cualquier edad inscrita en este plan. La Línea de ayuda para personas mayores es una organización independiente. No está relacionado con este plan. El número de teléfono es **1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327)**, De lunes a viernes, de 08:30 a.m. a 05:00 p.m.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 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).

H. Qué hacer si tiene sospechas de fraude

La mayoría de los profesionales y de las organizaciones de salud que proporcionan servicios son honestos. Desafortunadamente, puede haber algunos que sean deshonestos.

Si cree que un médico, un hospital u otra farmacia está actuando mal, póngase en contacto con nosotros.

- Llámenos al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY pueden 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, Illinois Health Connect, First Transit o DentaQuest están cometiendo fraude, llame al 1-844-ILFRAUD/**1-844-453-7283**.



Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, facturación o tarjetas de identificación de miembro, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP):

1-866-600-2139, (TTY: 711)

Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.

Si tiene preguntas sobre su salud:

- Llame a su proveedor de atención primaria (PCP). Siga las instrucciones de su PCP para recibir atención cuando el consultorio esté cerrado.
- Si el consultorio de su PCP está cerrado, también puede llamar a la línea de enfermería durante las 24 horas de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Un enfermero escuchará su problema y le dirá cómo recibir atención. (por ejemplo: Atención de conveniencia, atención de urgencia, atención en una sala de emergencias). El número de la línea directa de enfermería de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) es:

1-866-600-2139, (TTY: 711)

Las llamadas a este número son gratuitas. Los enfermeros certificados están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.

Si necesita atención de salud conductual de inmediato, llame a la línea de salud conductual al siguiente número:

1-866-600-2139, (TTY: 711)

Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.

20260911



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-866-600-2139, (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 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 verificación para la preinscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y nuestras normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante del Servicio de Atención al Cliente al **1-844-509-6321 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora local. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora local.

Comprender los beneficios

- ☐ El *Manual para miembros* proporciona una lista completa de todas las coberturas y servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [AetnaMedicare.com/ILDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/ILDSNP) o llame al **1-844-509-6321 (TTY: 711)** para ver una copia del *Manual para miembros*.
- ☐ Consulte el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deba elegir otro médico.
- ☐ Consulte el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para obtener sus medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir otra farmacia para obtener los medicamentos.
- ☐ Consulte el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Comprender las normas importantes

- ☐ Efecto sobre la cobertura actual. Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura médica actual de Medicare Advantage terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que quiera dar de baja su póliza de Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede usar.
- ☐ Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes. La prima de la Parte B está cubierta para los miembros con doble elegibilidad completa.
- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2028.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios provistos por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- ☐ Este plan es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP). Su posibilidad para inscribirse dependerá de la verificación de si tiene derecho a recibir asistencia médica y de Medicare de un plan estatal conforme a Medicaid.