



Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) | Resumen de beneficios para 2027 H9314-001

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 HIDE (HMO D-SNP) al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772),
(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/MICHDSNP.

Introducción:

Este documento es un resumen breve de los beneficios y servicios cubiertos por Aetna Medicare HIDE (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 HIDE (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 7

C. Lista de los servicios cubiertos 11

D. Beneficios cubiertos por fuera de Aetna Medicare HIDE (HMO D–SNP) 31

E. Servicios que Aetna Medicare HIDE (HMO D–SNP), Medicare y Medicaid de Michigan no cubren 31

F. Sus derechos como miembro del plan 33

G. Cómo presentar un reclamo o apelar la denegación de un servicio 34

H. Qué hacer si tiene sospechas de fraude 35



A. Descargos de responsabilidad



Este es un resumen de servicios de salud cubiertos por Aetna Medicare HIDE (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/MICHDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/MICHDSNP) o solicitar una copia llamando al Departamento de Servicios para Miembros al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (TTY: [711](tel:1-855-676-5772)).

- Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad altamente integrado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa de Medicaid de Michigan. La inscripción en Aetna Medicare HIDE 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](tel:1-800-633-4227)) (los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel: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](tel: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](tel:1-877-486-2048).
- Para obtener más información sobre Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP), puede consultar el sitio web de Medicaid de Michigan en www.michigan.gov/medicaid, comunicarse con la línea de ayuda para beneficiarios: [1-800-642-3195](tel:1-800-642-3195) o enviar un correo electrónico a beneficiarysupport@michigan.gov, o comunicarse con la línea de ayuda de atención médica de Michigan: [1-855-789-5610](tel:1-855-789-5610) (TTY: [1-866-501-5656](tel:1-866-501-5656)) de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., de lunes a viernes (excepto festivos) <https://www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/support> o comunicarse con el Defensor del Pueblo para la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO) para obtener ayuda gratuita. El Defensor del Pueblo para la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO) puede ayudarle con preguntas o problemas relacionados con el programa de MICH o nuestro plan. El Defensor del Pueblo para la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO) es un programa independiente y no está relacionado con este plan. El número de teléfono es [1-888-746-6456](tel:1-888-746-6456). También puede visitar el sitio web del Defensor del Pueblo para la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO) en www.meji.org/mhlo.
- For questions about or problems with the MI Coordinated Health program or



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772), (TTY: [711](tel:1-855-676-5772)), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/MICHDSNP).

our plan, contact the MI Community, Home, and Health Ombudsman (MI CHHO) for free help. MI CHHO is an independent program and isn't connected with this plan. Call [1-888-746-6456](tel:1-888-746-6456) or visit the MI CHHO website at meji.org/michho/mhlo. To schedule an appointment with a person-centered options counselor, please call MI Options at [1-800-803-7174](tel:1-800-803-7174) 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday.

- Si tiene preguntas o problemas con el programa MI Coordinated Health o con nuestro plan, comuníquese con el Defensor del Pueblo de la Comunidad, el Hogar y la Salud de MI (CHHO de MI) para obtener ayuda gratuita. El CHHO de MI es un programa independiente y no está relacionado con este plan. Llame al [1-888-746-6456](tel:1-888-746-6456) o visite el sitio web del CHHO de MI en meji.org/michho/mhlo. Para programar una cita con un asesor de opciones centradas en la persona, llame a MI Options al [1-800-803-7174](tel:1-800-803-7174) de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m.
- **Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (TTY: [711](tel: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.
- Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) desea asegurarse de que usted entiende la información de su plan de salud. Si prefiere otro idioma o formato, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página para solicitar un cambio. (A esto se lo denomina "solicitud permanente")
- Continuaremos enviándole correos y otras comunicaciones en el formato que solicitó.
- Si desea cambiar su solicitud permanente por un idioma o formato preferido, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestros planes de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (TTY: [711](tel:711)). Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.



Notice of Availability (NOA)

TTY: [711](tel:711)

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

እርስዎ ወጪ ሳያወጡ የቋንቋ አገልግሎቶችን ለመድረስ በዚህ ሰነድ ላይ ወዳለዉ ቁጥር ይደውሉ።
(Amharic)

(Arabic) للحصول على خدمات اللغة مجانًا، 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)

Tajaajila afaanii bilisaan argachuuf, lakkoofsa dookumentii kanarra jiru irratti bilbilaa. (Cushite)

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

Pou jwenn sèvis lang san ou pa peye anyen, rele nimewo ki sou dokiman sa a.
(French Creole)

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

Inā ake ‘oe e ili mai no ke kōkua manuahi me ka unuhi, e kelepona ‘oe i ka helu ma kēia palapala. (Hawaiian)

Kom tau txais cov kev pab cuam txhais lus yam tsis sau nqi ntawm koj, thov hu rau tus xov tooj ntawm daim ntawv no. (Hmong)

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

無料の言語サービスをご利用いただくには、この書類に記載されている番号にお電話ください。 (Japanese)

လၢကမၤန့ၣ် ကျိၣ်တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢတလိၣ်လၢၣ်ဘျၣ်လၢၣ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်အဂီၢ်, ကိးနီၣ်ဂံၢ် လၢအအိၣ်ဖဲ လံာ်တီၢ်လံာ်မိအံၤအဖီခိၣ်န့ၣ်တက့ၢ်. (Karen)

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

ເພື່ອ ຄໍາຂໍຮັບການ ບໍລິການພາສາໂດຍ ບວອນຄ່າ ໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ, ໃຫ້ໂທຫາ ບີໂທໃນເອກະສານ.
(Laotian)



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772**, (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/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

ដើម្បីទទួលបានសេវាផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកសូមទូរសព្ទទៅលេខដែល
មាននៅលើឯកសារនេះ។ (Mon-Khmer, Cambodian)

(Persian farsi) برای دسترسی به خدمات زبانی رایگان، با شماره مندرج در این سند تماس بگیرید.

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)

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

Y0001_Y0130_H6399_2025_V3



B. Preguntas frecuentes

En la tabla siguiente figuran las preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un plan de necesidades especiales altamente integrado llamado MI Coordinated Health (MICH)?	MI Coordinated Health (MICH) es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad altamente integrado (HIDE SNP) que brinda beneficios de Medicare y Medicaid a los inscritos. Es para personas con Medicare y Medicaid de Michigan. Un plan HIDE SNP es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de atención para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para proporcionar la atención que necesita.
¿Recibiré los mismos beneficios de Medicare y Medicaid de Michigan en Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) que obtengo ahora?	Recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y Medicaid directamente de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP). Trabjará con un equipo de proveedores que ayudará a determinar los servicios que mejor reúnen 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 HIDE (HMO D-SNP), usted y su coordinador de atención trabajarán juntos para elaborar un Integrated Care and Supports Plan (IICSP) que aborde sus necesidades de salud y apoyo y que refleje sus preferencias y objetivos personales. Si está tomando algún medicamento cubierto por la Parte D de Medicare que Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) normalmente no cubre, puede recibir un suministro temporal y le ayudaremos a hacer la transición a otro medicamento o a solicitar una excepción para que Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) lo cubra 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. Si actualmente está recibiendo servicios de salud mental, consumo de sustancias o discapacidad intelectual/del desarrollo, continuará recibiendo estos servicios de la misma manera que lo hace ahora. Cuando se inscribe en Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP), usted y su equipo de atención trabajarán juntos para elaborar un plan de atención que aborde sus necesidades de salud y apoyo.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo consultar a los mismos médicos a los que consulto ahora?	A menudo, eso es lo que ocurre. Si sus proveedores (incluidos médicos, terapeutas, farmacias y otros proveedores de atención médica) trabajan con Aetna Medicare HIDE (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 HIDE (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 HIDE (HMO D-SNP). Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) cubre la atención de urgencia o de emergencia en todo el mundo. Puede seguir consultando a sus médicos y recibiendo sus servicios actuales durante un máximo de 90 días, o 180 días, según el servicio, mientras se completa su plan de atención. Si actualmente está bajo tratamiento con un proveedor que no forma parte de la red de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP), o tiene una relación establecida con un proveedor fuera de la red de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP), llame al Departamento de Servicios para Miembros para consultar si puede continuar atendiendo con ese proveedor. Para averiguar si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de esta página o lea el <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) en el sitio web del plan en AetnaMedicare.com/MICHDSNP. Si Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) es nuevo para usted, trabajaremos con usted para desarrollar un IICSP para abordar sus necesidades.
¿Qué es un coordinador de atención de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP)?	Un coordinador de atención es un profesional de la salud que le ayudará a obtener atención y servicios que afecten su salud y bienestar. Se le asigna un coordinador de atención cuando se inscribe en Aetna Medicare HIDE (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. Puede compartir su historial médico con su coordinador de atención y establecer metas para una vida saludable. Siempre que tenga una pregunta o un problema sobre su salud o los servicios o la atención que recibe de nosotros, puede llamar a su coordinador de atención. Su coordinador de atención es su “persona
(continuación en la página siguiente)	



Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un coordinador de atención de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP)? (continuación de la página anterior)	de confianza” de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP). Nuestro objetivo en Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) es satisfacer sus necesidades de una manera que funcione para usted. Es por eso que llamamos a nuestro programa “centrado en la persona”. El proceso de planificación centrado en la persona es cuando usted trabaja con su coordinador de atención para crear un plan de atención que se adapte a sus objetivos, opciones y habilidades. Al crear su plan de atención, puede involucrar a las personas que considere clave para su éxito, como miembros de la familia, amigos o representantes legales.
¿Qué son los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)?	Los servicios y apoyos a largo plazo son una ayuda para las personas que necesitan asistencia para realizar tareas diarias, como bañarse, usar el baño, vestirse, preparar alimentos 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.
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de Aetna Medicare HIDE (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 HIDE (HMO D-SNP) pagará el costo de un proveedor fuera de la red.
¿Dónde está disponible Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP)?	El área de servicio para este plan incluye: Michigan: Condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, Macomb, St. Joseph, Van Buren y Wayne. Debe vivir en una de estas áreas para inscribirse en el plan.
¿Qué es autorización previa?	Una autorización previa significa que debe obtener una aprobación por parte de Aetna Medicare HIDE (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 HIDE (HMO D-SNP) no puede cubrir el servicio, el procedimiento, el producto o el medicamento si no recibe la 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 HIDE (HMO D-SNP) puede
(continuación en la página siguiente)	



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es autorización previa? (continuación de la página anterior)	proporcionarle o a su proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren que obtenga autorización previa de Aetna Medicare HIDE (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 específicos, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de esta página para recibir ayuda.
¿Pago un monto mensual (lo que también se denomina prima) en virtud de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP)?	No. Debido a que tiene Medicaid, usted no pagará primas mensuales, incluida la prima de la Parte B de Medicare, para su cobertura médica. Se le pedirá que siga pagando la prima mensual del programa Freedom to Work que tenga, si corresponde. Si tiene preguntas sobre el programa Freedom to Work, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS). Puede encontrar la información de contacto de su oficina local de MDHHS visitando mdhhs.michigan.gov/CompositeDirPub/CountyCompositeDirectory.aspx
¿Pago un deducible como miembro de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP)?	No. Usted no paga deducibles por los servicios médicos en Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP).
¿Cuál es el monto máximo que pagaré de mi bolsillo por los servicios médicos como miembro de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP)?	No hay costo compartido para los servicios médicos en Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP), por lo que los costos anuales de su bolsillo serán de \$0.



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 dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Necesita atención hospitalaria	Hospitalización	\$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	Puede requerirse autorización previa.
	Atención del médico o del cirujano	\$0	Puede requerirse autorización previa.
Necesita un médico	Consultas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	
	Atención para evitar que se enferme, como vacunas antigripales y pruebas de detección del cáncer	\$0	
	Consultas de bienestar, como un examen físico	\$0	
	Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez)	\$0	
	Atención especializada	\$0	Puede requerirse autorización previa.
	Servicios para ayudarlo a lidiar con su enfermedad	\$0	Puede requerirse autorización previa.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro 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)			



Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro 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®.
	Evaluación y adaptación de audífonos	\$0	Usted recibe una adaptación/evaluación de audífonos por año.
	Audífonos	\$0	Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$1,500 por oído. 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	Chequeos dentales y atención preventiva	\$0	Usted recibe un monto anual de beneficios combinado (asignación) de \$2,000 para determinados servicios dentales preventivos e integrales cubiertos por Medicare. Usted es responsable de cualquier costo que exceda este monto.
	Chequeos dentales, exámenes, radiografías, limpiezas, empastes, extracciones dentales, dentaduras postizas y dentaduras postizas parciales, selladores, restauraciones indirectas (coronas), tratamiento de conducto radicular/retratamiento de		Los servicios cubiertos de Medicaid no se tienen en cuenta para su asignación anual. Es posible que ciertos servicios dentales cubiertos requieran
(continuación en la página siguiente)			



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Necesita atención dental (continuación de la página anterior)			
	conducto radicular anterior, evaluación periodontal integral, raspado en presencia de inflamación, raspado periodontal y alisado radicular, y otros mantenimientos periodontales		autorización previa. Nuestro plan se asoció con DentaQuest para proporcionarle cobertura dental. Para localizar un proveedor de la red, usted puede hacer lo siguiente: 1. Llamar al Departamento de Servicios para Miembros de DentaQuest al 1-844-870-3976 (TTY: 711). - O BIEN, 2. Visitar dentaquest.com y realizar la búsqueda usando su plan de Medicare
	Atención dental de restauración y de emergencia	\$0	
Necesita atención de la vista	Exámenes de la vista	\$0	Nuestro plan cubre un examen por año con un proveedor dentro de la red.
	Lentes de contacto o anteojos	\$0	Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$250 para anteojos con receta cubiertos. Nos hemos unido a VSP para brindarle este beneficio. Debe consultar a un proveedor de VSP para consultar a 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
(continuación en la página siguiente)			



Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Necesita atención de la vista (continuación de la página anterior)			
			beneficios, deberá pagar la diferencia.
	Otros servicios de atención de la vista	\$0	Puede requerirse autorización previa.
Necesita servicios de salud conductual	Servicios de salud conductual	\$0	Los servicios de salud conductual se proporcionan mediante el plan o un programa que no sea Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP). Su coordinador de atención de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) puede ayudarle a obtener esos servicios y coordinarlos con el resto de sus necesidades de atención médica. Puede requerirse autorización previa.
	Servicios basados en pacientes internados y externos y en la comunidad para personas que necesitan servicios de salud conductual	\$0	A los servicios especializados de atención de salud conductual los puede proporcionar un programa que no sea Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP). Su coordinador de atención de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) puede ayudarle a obtener esos servicios y coordinarlos con el resto de sus necesidades de atención médica.
Necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	\$0	A los servicios para trastornos por consumo de sustancias los puede proporcionar un programa que no sea Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP). Su coordinador de atención de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) puede ayudarle a obtener esos servicios y coordinarlos con el resto de sus necesidades de atención médica. Puede requerirse autorización previa.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
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	\$0	Puede requerirse autorización previa.
	Cuidado temporal para adultos y grupo de cuidado temporal para adultos	\$0	Puede requerirse autorización previa.
Necesita un tratamiento después de un accidente cerebrovascular o un accidente	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	\$0	
Necesita ayuda para llegar a los servicios de salud	Servicios de ambulancia	\$0	Los servicios en de ambulancia también están cubiertos fuera de los EE. UU. Comuníquese con el plan para obtener más información. Puede que se requiera autorización previa.
	Transporte de emergencia	\$0	
	Transporte a citas y servicios médicos	\$0	El plan cubrirá el transporte para que usted viaje hacia o desde sus citas médicas y la farmacia si es un servicio cubierto. Los tipos de transporte que no son de emergencia incluyen: • van equipada con silla de ruedas • auto de servicio • taxi
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
(continuación en la página siguiente)			



Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro 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)			
			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 HIDE (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 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.

(continuación en la página siguiente)



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetnamedicare.com/MICHDSNP).

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro 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)			
		Si califica para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para ayudar 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 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.
(continuación en la página siguiente)			



Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro 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)			
	Insulinas	Independiente mente 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 a largo plazo.	
	Nivel 3: Medicamento de marca preferido	9% para un suministro para 30 días en un entorno de paciente	
(continuación en la página siguiente)			



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro 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)			
		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 HIDE (HMO D-SNP) para obtener más información.

(continuación en la página siguiente)



Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro 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)			
Necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	\$0	
	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.
	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.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en casa	Servicios de atención médica a domicilio	\$0	A estos servicios los proporciona el plan. Puede requerirse autorización previa.
	Actividades de la vida diaria (ADL): Comer, ir al baño, bañarse, asearse, vestirse, moverse y trasladarse, y actividades instrumentales de la vida diaria (IADL): Lavandería personal, limpieza ligera, compras, preparación y limpieza de comidas, y administración de medicamentos.	\$0	El plan proporciona servicios de ADL e IADL en el hogar que requieren asistencia práctica a través del programa MICH. Estos servicios se denominan servicios de atención personal del plan estatal. Los servicios de ADL e IADL en el hogar que requieren indicación, señalización, guía, enseñanza, observación o recordatorio para completar ADL están disponibles para las personas que califican y están inscritas en la exención MICH 1915(c). Estos servicios se denominan apoyos ampliados para la vida comunitaria. Comuníquese con su coordinador de atención para obtener más información sobre si califica para estos servicios. Puede requerirse autorización previa.
	Servicios basados en el hogar o la comunidad 1915(c): Equipos y suministros médicos adaptativos Programa diurno para adultos Tecnología asistencial Servicios de tareas	\$0	Estos servicios están diseñados para ayudar a las personas a permanecer en sus hogares en lugar de recibir atención en el hogar de convalecencia. Son proporcionados por el plan y solo están disponibles para las personas que reúnen el nivel de atención en un centro de atención de enfermería, que tienen una necesidad de servicio calificada y que están inscritas en la exención MICH 1915 (c). Comuníquese con
	(continuación en la página siguiente)		



Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en casa (continuación de la página anterior)			
	domésticas Modificaciones ambientales Ampliación de los apoyos para la vida comunitaria Intermediario fiscal Entrega de comidas a domicilio Bienes y servicios dirigidos individualmente Transporte no médico Enfermería preventiva Atención de enfermería privada Relevo Modificaciones del vehículo		su coordinador de atención para obtener más información sobre si califica para estos servicios. Puede requerirse autorización previa.
Servicios cubiertos adicionales	Acupuntura	\$0	
	Servicios de quiropráctica	\$0	La cobertura de Medicare se limita al tratamiento de una subluxación. Para los servicios no cubiertos por Medicare, también cubrimos hasta doce consultas por año. Su proveedor debe determinar la necesidad médica de los servicios no cubiertos por Medicare.
(continuación en la página siguiente)			



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación de la página anterior)			
	Suministros y servicios para diabéticos	\$0	Es posible que se apliquen límites de cantidad. Puede requerirse autorización previa.
	Servicios protésicos	\$0	Puede requerirse autorización previa.
	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	
	Billetera de apoyo adicional	\$0	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.
(continuación en la página siguiente)			



Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación de la página anterior)			
			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 cumple las calificaciones para elegibilidad. Sin embargo, no recibirá beneficios para ningún período de tiempo antes de que se determine su elegibilidad. Beneficios: Después de reunir todas las calificaciones para elegibilidad, el monto mensual de beneficios de \$229 en la billetera de productos de venta libre (OTC) pasará 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 personal. Esto reemplazará su billetera de OTC. No se le aplicarán fondos adicionales a su tarjeta.
(continuación en la página siguiente)			



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación de la página anterior)			
			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, se agregará esta billetera a su tarjeta de beneficios adicionales de Aetna® Medicare. 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 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
(continuación en la página siguiente)			

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](https://www.CVS.com/Aetna) o comprar por teléfono.

Importante: Si califica, se agregará esta billetera a su tarjeta de beneficios adicionales de Aetna® Medicare.

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 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



Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación de la página anterior)			
			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 respaldar su recuperación o controlar sus afecciones de salud. Nos hemos asociado con nuestro proveedor autorizado, NationsMarket™, para
(continuación en la página siguiente)			



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación de la página anterior)			
		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 \$229 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)			



Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro 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
(continuación en la página siguiente)			



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas sobre los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación de la página anterior)			
			previa.
	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 HIDE (HMO D-SNP). Si no tiene el *Manual para miembros*, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) a los números que figuran en la parte inferior de esta página. Si tiene preguntas, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o visitar [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).



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

Hay algunos servicios que puede recibir que no están cubiertos por Aetna Medicare HIDE (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 o Medicaid o una agencia estatal	Sus costos
Los Prepaid Insurance Health Plans (PIHP) de Michigan pueden proporcionar los servicios especializados de salud conductual.	\$0
Los servicios de transición comunitaria (CTS) se proporcionan a través de MDHHS	\$0
Algunos servicios de atención en hospicio cubiertos por fuera de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP)	\$0

E. Servicios que Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP), Medicare y Medicaid de Michigan 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 HIDE (HMO D-SNP), Medicare y Medicaid de Michigan no cubren	
Una habitación privada en un hospital o centro de atención de enfermería, excepto cuando sea médicamente necesario.	Enfermeras privadas, excepto aquellas que califican para este servicio de exención.
Servicios que no se consideran “razonables y necesarios”, de acuerdo con los estándares de Medicare y Medicaid de Michigan, a menos que nuestro plan enumere estos servicios como servicios cubiertos.	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 pagará la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para que coincida con ella.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

Servicios que Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP), Medicare y Medicaid de Michigan no cubren

Productos personales en su habitación en un hospital o un centro de atención de enfermería, como un teléfono o un televisor.

Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluida la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual, el rendimiento deportivo, los fines cosméticos, el antienvjecimiento y el rendimiento mental), excepto cuando sea médicamente necesario.

Servicios de naturópata (el uso de tratamientos naturales o alternativos).



F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de Aetna Medicare HIDE (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.
 - 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 HIDE (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



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772**, (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

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.
 - 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 HIDE (HMO D-SNP) a los números que figuran en la parte inferior de esta página.

También puede llamar al Defensor del pueblo especial para personas que tienen Medicare y Medicaid al 1-888-746-MHLO ([1-888-746-6456](tel:1-888-746-6456)) (TTY: [711](tel:711)), de 09:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes.

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

Si tiene un reclamo o cree que Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) debe cubrir algo que hemos denegado, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior 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 HIDE (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 [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (TTY: [711](tel:711)) o escriba a esta dirección:

Aetna Duals Member Appeals
PO Box 14726
Lexington, KY 40512



Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) H9314-001: Resumen de beneficios para 2027

Para presentar una **apelación** sobre los medicamentos con receta, llame al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (TTY: [711](tel:711)) o escriba a esta dirección:

Part D Appeals Pharmacy Department
4750 S 44th PI 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 a [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (TTY: [711](tel: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 [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (TTY: [711](tel:711)) o escriba a esta dirección:

Aetna Duals Member Appeals
PO Box 14726
Lexington, KY 40512

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 HIDE (HMO D-SNP). Los números de teléfono se encuentran en la portada de este resumen
- O llame al Centro de Servicio al Cliente de Medicaid al [1-800-642-3195](tel:1-800-642-3195). Los usuarios de TTY pueden llamar al [711](tel:711).
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)). Los usuarios de TTY pueden llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048). Puede llamar a estos números de forma gratuita.
- O bien, comuníquese con la Línea directa de la división de fraude en la atención médica de la procuraduría general de Michigan por teléfono al (800) 24-ABUSE ([800-242-2873](tel:800-242-2873)), por correo electrónico al hcf@michigan.gov o use el Formulario de reclamo de fraude de Medicaid de Michigan en línea que se encuentra en secure.ag.state.mi.us/complaints/medicaid.aspx.



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772), (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/MICHDSNP.

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 HIDE (HMO D-SNP):

1-855-676-5772, (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 HIDE (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 HIDE (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 HIDE (HMO D-SNP) es: **1-855-676-5772, (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 HIDE (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:

1-855-676-5772, (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 HIDE (HMO D-SNP) también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.

20260915



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772, (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**.

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 [1-844-509-6287](tel:1-844-509-6287) (TTY: [711](tel:1-844-509-6287)). 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/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP) o llame al [1-844-509-6287](tel:1-844-509-6287) (TTY: [711](tel:1-844-509-6287)) 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.