Manual para miembros de Aetna Better Health® of Kentucky 2026

aetna®

Información personal

Mi número de identificación de miembro

Proveedor de atención primaria (PCP)

El número de teléfono de mi PCP

Cómo acceder a los programas y servicios

Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre la información incluida en este manual o sobre cómo acceder a los beneficios, servicios y recompensas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, **de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este)**. Si habla otro idioma que no sea el inglés, podemos ayudarle. Simplemente llámenos al **1-855-300-5528**. Luego, solicite un intérprete. Recibirá este servicio sin costo para usted. Si es sordo o ciego, podemos brindarle información en otros formatos. Estos incluyen lenguaje de señas, braille, letra grande y audio.

Recursos adicionales sin costo para miembros

Aetna Better Health of Kentucky cuenta con múltiples recursos proporcionados sin costo para nuestros miembros y disponibles de inmediato para apoyar su bienestar físico y emocional. Puede encontrar estos recursos en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Kentucky/resources services.html** , donde se incluyen las siguientes líneas directas para brindar asistencia inmediata a los miembros:

Línea de enfermería las 24 horas: ¿Necesita una respuesta rápida para una pregunta de salud? La línea de enfermería las 24 horas está aquí para ayudarle. Si su inquietud no puede esperar hasta que pueda consultar a su médico, llame al **1-855-620-3924** en cualquier momento. Le conectaremos con el personal de enfermería.

Línea directa de salud conductual: Llame a los servicios de salud conductual en cualquier momento al **1-888-604-6106**. Durante el horario de atención, puede hablar con alguna persona del Departamento de Servicios para Miembros o puede hablar con un administrador de atención. Fuera del horario de atención, el personal clínico autorizado responde nuestra línea directa.

Está capacitado para manejar situaciones difíciles y puede ayudarle en una crisis. Para verdaderas emergencias, llame al 911.

Guía de recursos comunitarios: Le ofrecemos recursos útiles y de compasión de muy fácil acceso. A través de la herramienta del directorio de recursos comunitarios (CRD) en el Portal para miembros, podrá encontrar apoyo y servicios cercanos. Desde alimentos y servicios domésticos hasta apoyo para el bienestar y la salud mental, y mucho más.

Transporte: 1-888-941-7433

Departamento de Servicios para Miembros de Medicaid de Kentucky: 1-800-635-2570

Dirección de correo postal

9900 Corporate Campus Drive
Suite 1000
Louisville, KY 40223

Descargue nuestra aplicación móvil a través de Apple Store si tiene un iPhone o un dispositivo Apple, o de Play Store si tiene un teléfono Android o un dispositivo Android.

Guía de referencia rápida

Me gustaría:	¿Con quién puedo comunicarme?
Encontrar el directorio de proveedores de Aetna	Regístrese en nuestro sitio web: **AetnaBetterHealth.com/Kentucky**
Actualizar mi dirección	Comuníquese con la oficina local del Departamento de Servicios Basados en la Comunidad (DCBS) para informar sobre un cambio de dirección al **1-855-306-8959.**
Comprender una carta de Aetna que recibí por correo	Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528,** de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).
Presentar un reclamo sobre Aetna	Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528,** de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este). También puede comunicarse con el Programa del defensor del pueblo de cuidado administrado de Medicaid al **866-KYOMBUND (596-6283)** o al **1-866-596-6283.** También puede escribir al defensor del pueblo a la siguiente dirección: The Office of the Ombudsman Cabinet for Health and Family Services, 275 E. Main St., 1E-B Frankfort, KY 40621
Obtener ayuda con un cambio reciente o una denegación de servicios de atención médica	Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528,** de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).
Obtener respuestas a preguntas o inquietudes básicas sobre mi salud, síntomas o medicamentos	La línea Informed Health disponible las 24 horas le brinda acceso a información y consejos médicos sin costo. Está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Simplemente llame al **1-855-620-3924** para hablar con un miembro del personal de enfermería. También puede comunicarse con un miembro del personal de enfermería mediante el portal para miembros.

Obtener ayuda para controlar mi estrés o ansiedad	Llame al **911** si corre peligro inmediato o necesita atención médica. En el caso de una emergencia de salud conductual, puede llamar a la línea directa de crisis de salud conductual al **1-888-604-6106 (los usuarios de TTY deben marcar 711; los usuarios de TDD deben marcar 1-866-200-3269)**. Está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
Obtener ayuda con los alimentos, la vivienda o el transporte para mis citas médicas	Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528,** de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este). Encontrará más información sobre los servicios de transporte en este manual. Además, los miembros pueden acceder al Directorio de recursos comunitarios.
Encontrar un proveedor o especialista	Su PCP puede ayudarle a encontrar un especialista. Si necesita ayuda para encontrar un PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).
Obtener la información de este manual en un formato o idioma diferente	Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528,** de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).
Obtener ayuda para controlar una enfermedad crónica	Si desea recibir servicios de administración de atención o control de enfermedades, o si tiene preguntas sobre estos programas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este). Solicite hablar con un administrador de atención.
Obtener más información sobre Aetna	Regístrese en nuestro sitio web: **AetnaBetterHealth.com/Kentucky**

Índice

BIENVENIDO A AETNA BETTER HEALTH OF KENTUCKY 8
CÓMO FUNCIONA EL CUIDADO ADMINISTRADO 9
Cómo utilizar este manual 12
Ayuda del Departamento de Servicios para Miembros 12
Ayuda y servicios auxiliares 13
Su tarjeta de identificación del plan de salud 15
Derechos y responsabilidades de los miembros 16
PARTE 1: LO PRIMERO QUE DEBE SABER 21
Cómo elegir su PCP 21
Cómo cambiar de PCP 22
Cómo obtener atención médica regular 23
Cómo obtener atención especializada 27
Proveedores fuera de la red 27
Emergencias 28
Atención de urgencia 30
PARTE 2: SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN 31
Servicios cubiertos por Aetna Better Health of Kentucky* 31
Administración de la salud de la población 34
Administración de atención y control de enfermedades 35
Servicios de atención médica para mujeres 36
Servicios de mastectomía 37
Programa de Administración de Uso (UM) 37
Atención de salud conductual 37
Inmunizaciones para adultos 39
Atención dental 39
Atención de la vista y anteojos 39
Servicios de radiología y cardiología 39
Servicios y suministros de planificación familiar 40
Servicios de farmacia no cubiertos 41
Servicios para dejar de fumar 41
Servicios prenatales de alto riesgo 41
Cómo obtener servicios de atención a largo plazo 42
Servicios para pacientes externos 42
Atención hospitalaria para pacientes internados 42
Servicios de proveedores 42
Beneficio de medicamentos con receta 42
Solicitud de excepciones de medicamentos con receta 43
Medicamentos de venta libre 44
Autorización previa para algunos medicamentos 44
Tratamiento escalonado (ST) 44
Límites de cantidad 44

Medicamentos de marca en lugar de medicamentos alternativos genéricos 45
Medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos cuando se inscribe 45
Cambios en nuestra Lista de medicamentos 45
Segunda opinión médica 45
Servicios de traducción o interpretación 46
Cómo obtener servicios de transporte 46
Beneficios que recibe de Aetna Better Health of Kentucky 48
Beneficios y servicios adicionales 48
Servicios que NO están cubiertos (si recibe una factura) 50
Cómo se les paga a los proveedores 50
Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) 51
Autorización de servicio y acciones 53
Autorización previa y plazos 54
Apelaciones y quejas 56
Audiencias imparciales del estado 60
PARTE 3: OTROS. INSTRUCCIONES ANTICIPADAS 62
Fraude, uso indebido y abuso 63
Responsabilidad de terceros (TPL) 64
Programa del defensor del pueblo de cuidado administrado de Medicaid 66
Aviso sobre prácticas de privacidad 67
La discriminación es ilegal 72

Bienvenido a Aetna Better Health of Kentucky

Bienvenido y gracias por elegir Aetna Better Health of Kentucky. Su decisión de elegir nuestro plan de salud es importante para usted y su familia.

Tenemos una sólida red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Ofrecen una gran variedad de servicios para satisfacer sus necesidades de atención médica y las de su familia.

Es importante que comprenda cómo utilizar nuestros servicios y sus beneficios. Este Manual para miembros incluye la información que necesita saber acerca de sus beneficios. Tómese el tiempo para leerlo cuidadosamente.

Este manual está sujeto a cambios según la información que el Departamento de Servicios de Medicaid considere obligatoria. Puede descargar una copia actual del manual en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Kentucky**.

Nuestro Departamento de Servicios para Miembros siempre está listo para responder sus preguntas. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528,** de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

Los nuevos miembros pueden obtener más información escaneando este código QR o visitando AetnaBetterHealthKY.com/newmember-hb.

Su salud y la de todos los residentes de Kentucky son nuestra prioridad. Esperamos poder prestarles nuestros servicios a usted y a su familia.

Estamos aquí para ayudar a crear un Kentucky más saludable, con comunidades, familias y personas más saludables. Y todo comienza con usted.

Cómo funciona el cuidado administrado

Las organizaciones de cuidado administrado (MCO) como Aetna Better Health of Kentucky le ayudan a obtener atención médica de alta calidad. Contamos con una red de médicos, especialistas, farmacéuticos y otros proveedores disponibles para satisfacer sus necesidades de atención médica. Le ofrecemos beneficios y servicios adicionales diseñados para ayudarle en su camino de atención médica. Ya sea que necesite atención preventiva o apoyo para controlar una afección médica crónica, queremos ayudarle a alcanzar su mejor estado de salud.

Aetna Better Health administra sus beneficios cubiertos de Medicaid de la siguiente manera:

- Trabajamos con su proveedor de atención primaria (PCP) para decidir qué atención necesita.
- Explicamos la información de este manual cuando hay una duda sobre la cobertura.
- Brindamos servicios de hospicio paliativos junto con otros servicios de salud y medicamentos para miembros menores de 19 años a quienes se les ha diagnosticado una enfermedad grave.

Le brindamos servicios de calidad

Aetna Better Health les brinda servicios a miembros en todo el estado. Somos uno de los planes de salud de cuidado administrado más grandes de Kentucky. Nuestras sólidas asociaciones con proveedores de atención médica y otras organizaciones comunitarias ayudan a brindarle una atención completa y de calidad.

Aetna Better Health of Kentucky es un plan de salud acreditado por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA). La calificación se basa en la calidad clínica, la satisfacción de los miembros y los resultados de la encuesta del NCQA. Para obtener más información sobre los asuntos de calidad, visite **AetnaBetterHealth.com/Kentucky**.

Declaración afirmativa

Los empleados de Aetna Better Health toman decisiones clínicas sobre atención médica en función del cuidado y el servicio más adecuados disponibles. No recompensamos a ningún proveedor u otros empleados por denegaciones de servicio. Tampoco fomentamos ni recompensamos decisiones clínicas que resulten en la disminución de servicios.

Además, Aetna Better Health no utiliza incentivos para fomentar barreras en la atención o el servicio. Prohibimos a cualquier empleado o representante de Aetna Better Health tomar decisiones en cuanto a contratación, ascensos o despido de proveedores u otras personas en función de las posibilidades, percibidas o reales, de que la persona o el grupo apoyen o tiendan a apoyar la denegación de beneficios.

Elegibilidad

Solo el Departamento de Servicios Basados en la Comunidad (DCBS) puede aprobar su elegibilidad para Medicaid. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad, llame a la oficina local del DCBS al **1-855-306-8959**. También puede utilizar **kynect.ky.gov**, el sitio web de los programas de apoyo y asistencia para los residentes de Kentucky, a fin de averiguar si reúne los requisitos para inscribirse en programas como Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños de Kentucky (KCHIP).

Inscripción

El DCBS le proporciona a Aetna Better Health el nombre, la dirección, la edad y el sexo de cada miembro inscrito en este plan. La fecha de entrada en vigencia figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

Cambios en la inscripción

Debe notificarnos si se produce cualquiera de los siguientes cambios:

- Tiene un bebé.
- Fallece un miembro de la familia cubierto.
- Un miembro de la familia cubierto se muda fuera de su hogar.
- Cambia el tamaño de su familia de cualquier manera.
- Se muda.
- Obtiene otro seguro de salud.

Si alguno de los anteriores aplica a usted, haga lo siguiente:

- Llame a la oficina local del DCBS al **1-855-306-8959**.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528,** de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).
- Si también tiene Medicare, llame a la oficina local de Administración del Seguro Social.

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, le ayudaremos a obtener servicios hasta que se cancele su inscripción.

Nacimientos

Las miembros embarazadas o que acaban de dar a luz son elegibles para nuestro programa Maternity Matters (La maternidad importa). El programa ofrece beneficios e incentivos para ayudarle en el camino de la maternidad. Obtenga más información sobre el programa Maternity Matters en la página 49, o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**.

Los bebés cuyas madres están inscritas en Aetna Better Health deberían quedar inscritos automáticamente en Aetna Better Health. Llame al Departamento de Servicios Basados en la Comunidad local y a Aetna Better Health al **1-855-300-5528,** para informar el nacimiento de su bebé.

Programas especiales

Existen programas especiales disponibles para ayudarle. Estos son el Programa de Apoyo para Cuidado Administrado y el Programa de Asistencia de Ingreso Complementario Administrado por el Seguro Social. Se describen a continuación.

Asistencia para solicitud del ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI)

El ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI) es un beneficio mensual de dinero en efectivo que puede obtener si es discapacitado y reúne los requisitos. Este programa gubernamental es para adultos y niños. No es necesario que tenga antecedentes laborales para reunir los requisitos.

Los adultos pueden reunir los requisitos para el SSI si cumplen con lo siguiente:

- Tienen una afección médica que necesita atención continua.
- Tienen una afección médica que les impide trabajar.

Los niños pueden reunir los requisitos para el SSI si cumplen con lo siguiente:

- Tienen una afección médica que necesita atención continua.
- Tiene problemas para hablar, escuchar o comprender las palabras.
- Usan una silla de ruedas o un andador, o necesitan otro equipo médico.
- Están en un programa de educación especial.

Programa de Apoyo para Cuidado Administrado

El Programa de Apoyo para Cuidado Administrado es un programa aprobado de Medicaid para brindarles apoyo a los miembros que necesitan asistencia para administrar sus necesidades de atención médica. El programa ayuda a los miembros a administrar su atención médica y no evita que reciban la atención que necesitan. En cambio, los miembros reciben atención coordinada cuando usan un médico, una farmacia y un hospital.

Los datos de reclamaciones de los miembros se revisan para identificar a los miembros que hayan consultado a múltiples proveedores, departamentos de emergencias de hospitales o farmacias.

Aetna Better Health puede inscribir al miembro con uno o más proveedores que apoyarán la creación de un hogar médico para el miembro y hábitos de medicamentos con receta saludables. Una persona que es parte del Programa de Apoyo para Cuidado Administrado solo puede tener acceso a uno de los siguientes:

- Un (1) proveedor de atención primaria.
- Una (1) farmacia.
- Un (1) hospital.

Los miembros estarán limitados a proveedores designados durante un período de 24 meses. Aetna Better Health controlará las reclamaciones y el uso de farmacias de los miembros del Programa de Apoyo para Cuidado Administrado por lo menos anualmente después del período limitado inicial de 24 meses.

Si el miembro cambia de plan de salud, la designación seguirá con ellos en su nuevo plan de salud. Los miembros que Aetna Better Health determinó que deben inscribirse en el Programa de Apoyo para Cuidado Administrado recibirán un aviso por escrito de su inscripción en el programa.

La inscripción en el Programa de Apoyo para Cuidado Administrado entrará en vigencia dentro de los 60 días desde la fecha en que se le brinda al miembro el aviso por escrito. El miembro tendrá el derecho de apelar su inscripción en el programa brindando información adicional sobre por qué su inscripción en el programa no es apropiada. Consulte la página 58 para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Cómo utilizar este manual

En este Manual para miembros, se explica cómo funciona Aetna Better Health of Kentucky y se brinda información para ayudar a que usted y su familia se mantengan saludables. Se informa cómo obtener atención médica o atención de emergencia cuando lo necesite y se brinda información sobre las visitas a su proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP será el proveedor al que consultará por la mayoría de sus necesidades de atención médica. También se informa qué beneficios están cubiertos por Medicaid y se explican los beneficios adicionales que obtiene como miembro de Aetna Better Health. También se incluye información de contacto y sitios web que serán recursos útiles.

Ayuda del Departamento de Servicios para Miembros

El Departamento de Servicios para Miembros puede responder preguntas sobre los beneficios de atención médica, las tarjetas de identificación y los proveedores de atención primaria (PCP). También puede llamar para obtener ayuda con algunos problemas de atención médica al **1-855-300-5528**. Habrá alguien disponible para atender su llamada de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

Nuestro equipo del Departamento de Servicios para Miembros está aquí para asegurarse de que cada miembro sea tratado de manera justa y pueda ejercer sus derechos.

Ayuda y servicios auxiliares

Portal web para miembros

Este sitio web para miembros es el recurso al que debe acudir para administrar su plan. Le ayudará a utilizar sus beneficios y servicios de Aetna Better Health para que pueda estar y mantenerse saludable.
Puede hacer lo siguiente:

- **Acceder a los detalles del plan de salud:** Cambiar su médico, encontrar formularios u obtener tarjetas de identificación de miembro.
- **Obtener información de salud personalizada:** Responder preguntas sobre su salud y obtener los consejos y las herramientas que necesitará para alcanzar sus objetivos de salud, como dejar de fumar o controlar su peso.
- **Obtener acceso instantáneo a aprobaciones de autorizaciones:** Consultar el estado de una solicitud de autorización previa (si no puede acceder al portal web, se lo podemos enviar por correo en caso de que lo solicite).
- **Obtener acceso instantáneo a los detalles de reclamaciones:** Ver el estado de su reclamación de comienzo a fin.
- **Encontrar apoyo:** Ponerse en contacto con un miembro del personal de enfermería u obtener más información sobre los programas de control de enfermedades y de bienestar que le ayudarán a mantener el rumbo de sus objetivos.
  Inscríbase hoy mismo. Es fácil.
- Para obtener más información sobre estas herramientas, puede visitar el sitio web de Aetna Better Health: AetnaBetterHealth.com/Kentucky.

Para crear su cuenta, ingrese en **AetnaBetterHealth.com/Kentucky/login** y seleccione la opción “Member Portal” (Portal para miembros). Cuando esté listo para registrarse, solo seleccione “Register online” (Registrarse en línea). Necesitará su identificación de miembro del plan de salud y una dirección de correo electrónico vigente para crear una cuenta.

Los miembros ahora también pueden dirigirse a cualquier farmacia de especialidad contratada por el estado. Comuníquese con MedImpact para obtener ayuda con esta solicitud. Obtenga más información sobre MedImpact en la página 43.

Información sobre sus proveedores

Si desea obtener más información sobre nuestros proveedores, puede encontrar la información en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Kentucky**. Haga clic en la cinta “Find a Provider” (Buscar un proveedor) en la esquina superior derecha de la página. Desde allí, puede buscar según el tipo de médico o la ubicación. El directorio de proveedores en línea brinda el nombre, la dirección, los números de teléfono, las credenciales profesionales, la especialidad y el estado de certificación de la junta del proveedor.

Para obtener más información, también puede visitar **www.healthgrades.com**. Este sitio brinda más información sobre los proveedores, como en qué facultad de medicina estudiaron o dónde realizaron su residencia. Si necesita ayuda o no tiene acceso a Internet, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528,** de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

Aplicación móvil

Obtenga su información de atención médica cuando quiera con la aplicación móvil de Aetna Better Health. Puede obtener acceso instantáneo a las herramientas que necesita para mantenerse conectado con su atención médica. Descargue la aplicación móvil gratuita hoy mismo desde iTunes App Store o Google Play Store. Con su aplicación móvil, puede hacer lo siguiente:

- Buscar un proveedor
- Ver una versión móvil de su tarjeta de identificación
- Completar su evaluación de riesgos de salud (HRA)
- Ver sus reclamaciones médicas
- Actualizar la información de su perfil
- Consultar su manual
- Enviar sus preguntas al Departamento de Servicios para Miembros
- Solicitar el envío de una nueva tarjeta de identificación
- Ver su plan de atención (en caso de tener uno)
- Crear un círculo de apoyo de amigos y proveedores
- Solicitar el envío de la tarjeta de identificación
- Consultar sus recursos de salud

Línea Informed Health

La línea Informed Health disponible las 24 horas le brinda acceso a información y consejos médicos sin costo. Está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Simplemente llame al **1-855-620-3924** para hablar con un miembro del personal de enfermería. También puede comunicarse con un miembro del personal de enfermería mediante el portal para miembros.

Los servicios de la línea Informed Health incluyen lo siguiente:

- Llamadas gratuitas a un enfermero certificado en cualquier momento. Hay servicios de traducción disponibles, si son necesarios.
- Hacer preguntas en línea y recibir una respuesta dentro de las 24 horas.
- Obtener ayuda y consejos sobre afecciones agudas y crónicas.
- Encontrar más información sobre una prueba o procedimiento médico.
- Obtener ayuda para prepararse para una consulta con el médico.

Es posible que sea elegible para recibir un teléfono inteligente SIN COSTO

Ahora puede permanecer conectado con aquellos que se preocupan por usted. Puede ser elegible para recibir un teléfono nuevo o un paquete de datos que incluye lo siguiente:

- Teléfono inteligente Android
- Minutos de voz
- Paquetes de datos
- Mensajería de texto ilimitada
- Llamadas ilimitadas a Aetna Better Health

Para obtener más información o saber si es elegible, visite **AetnaBetterHealth.com/Kentucky/whats covered.html** o llámenos al **1-855-300-5528.**

Su tarjeta de identificación del plan de salud

Tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health

Cuando se inscribe en Aetna Better Health, cada miembro elegible de la familia recibe su propia tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health. Esta tarjeta de identificación de miembro le indica a su proveedor que usted es miembro de Aetna Better Health. La primera fecha en que puede obtener atención de Aetna Better Health se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

Es posible que también deba mostrar una tarjeta de identificación con fotografía para demostrar que usted es la persona cuyo nombre aparece en la tarjeta de identificación de miembro.

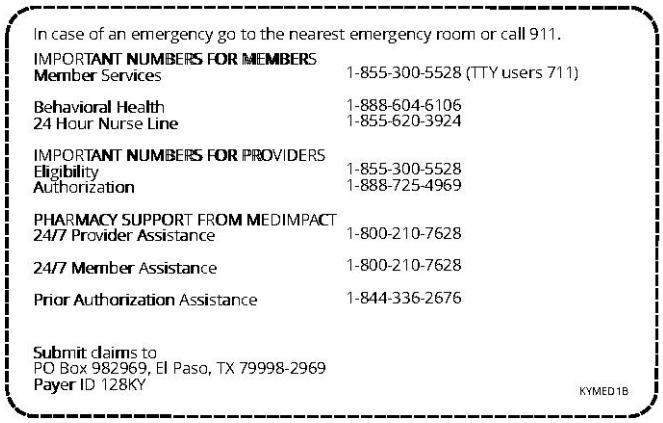
Aetna Better Health® of Kentucky aetna

Name
Date of Birth Sex
Member ID/State Medicaid ID#
PCP
PCP Phone Effective Date

RxBIN: 023880 RxPCN: KYPROD1 RxGRP: KYM01 MedImpact

AetnaBetterHealth.com/Kentucky

THIS CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT. MEKYMED1B


In case of an emergency go to the nearest emergency room or call 911.

IMPORTANT NUMBERS FOR MEMBERS
Member Services 1-855-300-5528 (TTY users 711)

Behavioral Health 1-888-604-6106
24 Hour Nurse Line 1-855-620-3924

IMPORTANT NUMBERS FOR PROVIDERS
Eligibility 1-855-300-5528
Authorization 1-888-725-4969

PHARMACY SUPPORT FROM MEDIMPACT
24/7 Provider Assistance 1-800-210-7628

24/7 Member Assistance 1-800-210-7628

Prior Authorization Assistance 1-844-336-2676

Submit claims to
PO Box 982969, El Paso, TX 79998-2969
Payer ID 128KY

KYMED1B

La información que aparece en la tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health incluye, entre otros datos, los siguientes:

- Su nombre
- Su fecha de nacimiento
- Su identificación de miembro/número de identificación de Medicaid del estado
- Su PCP (en caso de tener uno)
- El número de teléfono del consultorio de su PCP (en caso de tener uno)
- Fecha de entrada en vigencia

Si no tiene una tarjeta de identificación de miembro, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de **07:00 a. m. a 07:00 p. m**. (hora del este). Es posible que también pueda ver su tarjeta de identificación de miembro en la aplicación móvil. Si pierde o si le roban su tarjeta de identificación de miembro, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Obtenga información sobre cómo solicitar un cambio de PCP o cómo se asignan los PCP en la página 22.

Derechos y responsabilidades de los miembros

Derechos de los miembros

Usted, como miembro, tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir buena atención médica independientemente de su raza, color, religión, sexo, edad, discapacidad, orientación sexual, identidad de género o nacionalidad.
- Ser tratado con respeto y dignidad, y que se proteja su privacidad.
- Libertad de cualquier forma de limitación o aislamiento utilizados como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Elegir su PCP de Aetna Better Health y poder cambiarlo según las normas.
- Recibir atención médica cuando la necesite.
- Hacer preguntas y obtener información completa sobre su afección médica y las opciones de tratamiento, incluida la atención especializada, independientemente de la cobertura de beneficios o el costo.
- Ser informado de que un servicio no está cubierto antes de recibirlo.
- Ser parte de todas las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar un tratamiento.
- Derecho a solicitar una segunda opinión.
- Conservar la privacidad de sus registros médicos y de su atención.
- Ver copias de sus registros médicos, obtener copias si las desea y recibir asistencia con los registros según las leyes federales y estatales vigentes.
- Presentar un reclamo o una apelación ante Aetna Better Health o solicitar una audiencia imparcial del estado del Departamento de Servicios de Medicaid si tiene problemas con su elegibilidad o atención médica.
- Obtener ayuda para presentar un reclamo o una apelación.
- Tener acceso oportuno a la atención, incluida la atención especializada.
- Asegurarse de que las barreras de comunicación o físicas no limiten el acceso oportuno a la atención.
- Obtener información de manera que sea fácil de comprender.
- Obtener servicios de traducción gratuitos, si fuesen necesarios.
- Ser libre de ejercer sus derechos sin que nadie lo trate de manera negativa.
- Preparar instrucciones médicas anticipadas según las leyes de Kentucky.
- Solicitar una descripción de los métodos de pago que Aetna Better Health utiliza para pagarles a los proveedores la atención de los miembros.
- Ser informado sobre cualquier cambio de programa o sitio que le afecte al menos 30 días antes.
- Hacer recomendaciones sobre la Política de derechos y responsabilidades de los miembros del plan de salud.
- Recibir información sobre nuestra organización, nuestros servicios, nuestros profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Solicitar una descripción general del programa de Medicaid y una lista de los beneficios detallados en el Manual para miembros una vez al año. Cualquier cambio en la información detallada se informará, al menos, 30 días antes de que se produzca.

- Cualquier nativo estadounidense inscrito en Aetna Better Health es elegible para recibir los servicios de un proveedor indígena americano urbano o tribal (Indian, Tribal, Urban, I/T/U) o un proveedor de atención primaria I/T/U que participen en la red de Aetna Better Health. I/T/U hace referencia al Servicio de Salud Indígena, tribus y organizaciones tribales y organizaciones indígenas urbanas (a las que se refiere colectivamente como “I/T/U”).

Responsabilidades de los miembros

Usted, como miembro, tiene la responsabilidad de hacer lo siguiente:

- Brindar la mejor información que pueda para que los proveedores de Aetna Better Health puedan cuidarlos a usted y a su familia.
- Seguir las instrucciones y los planes de atención de su PCP.
- Participar activamente en las decisiones de salud y atención personal y llevar un estilo de vida saludable.
- Llamar primero a su PCP cuando necesite atención médica; en una emergencia, debe llamar al 911 o acudir a la sala de emergencias más cercana.
- Consultar a proveedores que acepten su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.
- Mostrar su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health cada vez que obtenga servicios médicos.
- Mostrar la tarjeta de su otro seguro si tiene otra cobertura de seguro de salud.
- Asegurarse de consultar solo con proveedores de Aetna Better Health, a menos que no haya uno disponible.
- Concurrir a todas sus citas y hacerlo a tiempo.
- Cancelar una cita si no puede asistir.
- Seguir las políticas y los procedimientos de Aetna Better Health y de Medicaid de Kentucky.
- Respetar las normas del consultorio o la clínica de su PCP (si usted u otros no respetan las normas, su proveedor les puede solicitar que se retiren).
- Hacerle preguntas a su PCP si no comprende algo sobre su atención médica.
- Decir la verdad sobre usted y sus problemas médicos.
- Informar supuesto fraude y abuso.
- Comunicarle al Departamento de servicios basados en la comunidad (DCBS) o la Administración del Seguro Social (SSA) los cambios en su nombre, dirección y número de teléfono.
- Notificarle al DCBS o la SSA si se produce un cambio, como nacimiento, muerte, matrimonio u obtención de otro seguro.
- Aprender la diferencia entre una emergencia y atención de urgencia.
- Comprender sus derechos y responsabilidades como miembro de Medicaid de Kentucky.

Cancelación de la inscripción

Queremos que esté conforme con Aetna Better Health of Kentucky. Infórmenos sobre sus problemas o inquietudes. Podemos ayudarlo.

Puede solicitar la cancelación de su membresía en Aetna Better Health por cualquier motivo si lo hace dentro de los 90 días de su primera inscripción o reinscripción. Puede solicitar cancelar su membresía en Aetna Better Health "con causa" luego de los primeros 90 días. Esto significa que usted tiene un motivo especial por el que necesita cancelar su membresía. Algunos ejemplos de buena causa son los siguientes:

- Se muda fuera del área de servicio.
- Su PCP ya no se encuentra dentro de nuestra red.
- No tiene acceso a servicios cubiertos.
- No puede acceder a un proveedor calificado para tratar su afección médica.

Puede solicitar la cancelación de su inscripción presentando una queja. Para presentar una queja, llame o escriba a Aetna Better Health of Kentucky para indicar los motivos de la solicitud. Si aprueban su solicitud, recibirá un aviso de Aetna Better Health of Kentucky en el que le indicarán que el cambio entrará en vigencia a partir de una fecha determinada. Hasta ese momento, Aetna Better Health of Kentucky le brindará la atención que necesita.

Si después de la apelación el Departamento no aprueba su solicitud para el cambio, usted puede solicitar una audiencia imparcial del estado. Debe enviar una solicitud por escrito para tener una audiencia y así solicitar la cancelación de su inscripción. La solicitud debe incluir el motivo por el que solicita la cancelación de su inscripción. Puede enviarla a:

Office of the Ombudsman and Administrative Review
Attn: Medicaid Appeals and Reconsiderations
275 East Main Street, 2E-O
Frankfort, KY 40621

Comité para el Acceso de los Miembros a la Calidad (QMAC)

¡Necesitamos su ayuda! ¿Sabía que usted, nuestro miembro, puede ayudar a decidir cómo se brindan sus servicios de atención médica? El Comité para el Acceso de los Miembros a la Calidad (Quality Member Access Committee, QMAC) es un grupo de miembros que pueden marcar y marcan una diferencia en cuanto a los servicios y materiales que brinda Aetna Better Health.

El QMAC busca miembros que nos brinden su punto de vista, sus interpretaciones, inquietudes y soluciones. Apreciamos su opinión y tiempo. Como parte del QMAC, usted puede hacer lo siguiente:

- Ser parte de la solución.
- Tener la oportunidad de comprender mejor por qué se toman las decisiones.
- Comprender cómo esos cambios afectarán directamente a su familia y a otros como usted.
- Compartir sus experiencias como miembro de Aetna Better Health.
- Ser parte de un entorno que solicite y respete los aportes de los miembros.

Considere la posibilidad de formar parte del QMAC. Queremos su ayuda. Para obtener más información sobre el QMAC o el número de llamada de la reunión, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

Encuesta de satisfacción de los miembros

Aetna Better Health lleva a cabo encuestas de satisfacción de los miembros por lo menos una vez al año. Es posible que reciba esta encuesta confidencial por correo en algún momento de este año. Complete la encuesta para ayudarnos a conocer su opinión. Si le gustaría recibir una copia de los resultados, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este). Sus respuestas a esta encuesta no afectarán su elegibilidad para Medicaid. Nuestro equipo del Departamento de Servicios para Miembros está aquí para asegurarse de que cada miembro sea tratado de manera justa y pueda ejercer sus derechos.

Privacidad y confidencialidad

Aetna Better Health mantiene su información personal y de salud de manera segura y privada. La ley nos exige proporcionarle el Aviso sobre prácticas de privacidad. Este aviso le explica sus derechos sobre la privacidad de su información personal y cómo podemos usar y compartir su información personal. Los cambios en este aviso se aplican a la información que tenemos sobre usted. Esto también se aplica a cualquier información que podamos obtener o poseer en el futuro. Nuestra política de privacidad también garantiza que nuestro personal esté capacitado respecto de las políticas de privacidad y seguridad, que incluyen la protección verbal de su información personal. Usted puede solicitar una copia en cualquier momento.

Aetna Better Health y sus proveedores garantizan que se mantenga la seguridad y privacidad de todos sus registros médicos. Limitamos el acceso a su información personal solo a quienes la necesitan. Protegemos adecuadamente el ingreso a nuestros edificios y sistemas informáticos. Nuestra Oficina de privacidad también garantiza que nuestro personal esté capacitado respecto de nuestras políticas de privacidad y seguridad.

Para brindar el mejor servicio, podemos usar o compartir su información personal con fines de tratamiento, pago y operaciones. Podemos limitar la información que Aetna Better Health comparte sobre usted según lo exija la ley. Por ejemplo, la información relacionada con VIH/SIDA, consumo de sustancias, planificación familiar y genética puede contar con otras protecciones legales. Nuestras políticas de privacidad siempre cumplen con las leyes más estrictas.

En la oficina del proveedor, sus registros se etiquetan con su nombre y se guardan en un área segura, de manera tal que personas no autorizadas no puedan ver su información. Si la información médica está en una computadora, se necesita una contraseña especial para ver dicha información.

Sus registros médicos no pueden enviarse a nadie sin su autorización por escrito, excepto que la ley así lo exija. Cuando solicite al consultorio de su proveedor que se transfieran los registros, se le dará un formulario de divulgación para que lo firme. Es su responsabilidad brindarle esta información a usted. Si tiene problemas para obtener sus registros o para que los envíen a otro proveedor, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528,** de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este). Le ayudarán a obtener sus registros en un plazo de 10 días hábiles a partir de su solicitud.

Usted tiene derecho a revisar sus registros médicos. También puede solicitar que se actualicen o corrijan. Si le gustaría recibir una copia gratuita de los registros médicos o personales que tiene Aetna Better Health, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

Esta información puede incluir: raza, origen étnico, idioma, orientación sexual, discapacidad, inseguridad alimentaria, inseguridad financiera, inseguridad en la vivienda, acceso al transporte, seguridad personal, barreras para alcanzar la salud, cualquier otra información social relevante.

También puede solicitar un formulario en blanco para completar y enviar con una carta a Aetna Better Health. Cuando Aetna Better Health reciba su solicitud por escrito, le enviaremos los registros solicitados en el plazo de 30 días. Le informaremos por escrito si tardaremos más. Nunca debería tardar más de 60 días a partir de la fecha de su solicitud por escrito.

Parte 1: Lo primero que debe saber

¿Qué es kynect?

kynect es un sitio web, **kynect.ky.gov**, donde puede postularse para recibir beneficios tales como:

- Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP): Le ayuda a comprar comidas saludables para usted y su familia.
- Medicaid: Le ayuda a cubrir costos de atención médica.
- Programa de Asistencia de Transición de Kentucky (K-TAP): Le ayuda a pagar necesidades básicas como el alquiler, los servicios y otros gastos del hogar.

Verificar la elegibilidad para el beneficio: puede usar kynect para verificar si es elegible para recibir beneficios en los siguientes casos:

- Si no está seguro si reúne los requisitos para recibir los beneficios.
- Si es nuevo en el programa de asistencia de Kentucky.
- Si nunca ha recibido beneficios.

Simplemente seleccione los beneficios para los que le gustaría saber si reúne los requisitos y responda preguntas sobre usted y su hogar.

Cómo elegir su PCP

Proveedor de atención primaria (PCP)

Su PCP es el proveedor de atención médica que se encarga de todas sus necesidades de atención médica principales. Puede elegir su PCP. Este lo atenderá para realizarle controles médicos y cuando tenga problemas médicos. Su PCP es su hogar médico. Un hogar médico le ayuda a asegurarse de que tendrá la atención médica correcta a su disposición cuando la necesite.

Conozca a su PCP. Esto le ayudará a asegurarse de que está recibiendo atención médica de una persona que lo conoce y con quien se siente cómodo. Su PCP aprenderá sobre su salud para prevenir o detectar enfermedades futuras. Los PCP lo ayudan a mantenerse saludable por medio de lo siguiente:

- Le enseñan a mantenerse saludable.
- Tratan los problemas de salud antes de que se conviertan en graves.
- Mantienen las inmunizaciones al día.
- Le proporcionan atención cuando está enfermo.

Todos los miembros deben elegir un PCP, excepto:

- Mujeres embarazadas
- Miembros con doble elegibilidad (aquellos que tienen tanto Medicaid como Medicare)
- Adultos bajo la tutela del estado

Recibirá un directorio impreso de PCP cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan; también puede acceder al Directorio de proveedores en línea en **AetnaBetterHealth.com/Kentucky** en cualquier momento.

Si no ha elegido ni se le ha designado un PCP, puede consultar con cualquier PCP de la red de Aetna Better Health para recibir atención. Una vez que haya elegido un PCP, este es quien debería proporcionarle atención.

El nombre de su PCP se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro. Si no elige un PCP, elegiremos uno por usted. Si está inscrito en el Programa de Apoyo para Cuidado Administrado, Aetna Better Health of Kentucky elegirá un PCP para usted.

Cómo cambiar de PCP

Para cambiar de PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este), o solicite el cambio a través del Portal para miembros en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Kentucky. Si el miembro es un niño, el padre, la madre o el tutor del miembro pueden cambiar el PCP. Los miembros del Programa de Apoyo para Cuidado Administrado deben solicitar hablar con el Departamento de Administración de Casos del programa para que revisen su solicitud de cambio de PCP. Consulte la página 9 para obtener más información sobre el programa.

Si elige un PCP que no acepta pacientes nuevos, deberá elegir otro PCP. Si el médico de su familia no es parte de la red de Aetna Better Health, deberá elegir otro. (También puede consultar si el médico de la familia quisiera unirse a nuestro plan). Conservar el mismo PCP tiene beneficios. Mientras mejor lo conoce, mejor lo puede tratar. Sin embargo, no hay límites en cuanto al número de veces que puede cambiar de PCP.
En algunos casos, su PCP puede pedir que usted deje de ser su paciente. Si esto sucede, usted recibirá un nuevo PCP. Las siguientes son algunas de las razones por las que su PCP puede solicitar dicho cambio:

- Usted y su PCP no se llevan bien.
- Su PCP no puede satisfacer sus necesidades médicas.
- Usted no asiste a sus citas.

Aetna Better Health también puede decidir cambiar su PCP. Si esto sucede, se lo notificaremos. También le notificaremos si su PCP ya no forma parte de nuestra red. En este caso, le ayudaremos a elegir un nuevo PCP.

Es muy importante que asista a sus citas programadas. Si no puede asistir a la cita, cancélela con, al menos, 24 horas de antelación. Para obtener más información sobre cómo obtener traslados para sus citas, consulte la página 46.

Si su PCP no se encuentra en su consultorio cuando usted necesita atención, simplemente solicite consultar con otro proveedor del grupo. Es posible que haya un proveedor de guardia al que pueda consultar.

Si tiene una afección grave o una enfermedad crónica, puede solicitar que a un especialista sea su PCP. Los especialistas pueden ser PCP de los miembros con necesidades especiales. Sin embargo, el especialista debe aceptar ser su PCP. Para presentar esta solicitud, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

Cómo obtener atención médica regular

Usted debe recibir atención de su PCP, que es su hogar médico. Las excepciones incluyen las siguientes:
Su PCP quiere que usted reciba atención fuera de la red de proveedores de Aetna Better Health y Aetna Better Health autoriza previamente el servicio.

- Recibe servicios de planificación familiar.
- Busca atención para un niño en cuidado adoptivo.
- Emergencia.
- Busca servicios de salud conductual.
- Busca servicios de acceso directo como los que se describen en este manual.

La atención o los suministros deben ser médicamente necesarios para estar cubiertos. Aetna Better Health revisa los estándares de atención generalmente aceptados para determinar si la atención cumple con estos estándares.

Llame a su PCP para programar una cita para un control

Tan pronto como reciba su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health, programe una cita con su PCP para un control (incluso si no está enfermo). De esta manera, su PCP puede conocerlo y ayudarlo a administrar mejor su salud.

Los niños también deben tener una consulta con el PCP para los controles de bienestar para niños, las vacunas y las pruebas de detección tan pronto como sea posible. En el caso de los controles de bienestar para niños, las vacunas y las pruebas de detección, intente llamar al PCP con dos o tres semanas de anticipación para concertar una cita.

Cuando usted o un familiar se enfermen y necesiten atención médica, llame al PCP. Su PCP puede ayudarle a hacer planes con otros proveedores cuando necesite atención especializada.

Si necesita atención fuera del horario de atención:

- Llame al consultorio del PCP para obtener información sobre cómo hacerlo. Si no es una emergencia, deje un mensaje.
- Si no puede comunicarse con su PCP, llame a la línea de enfermería disponible las 24 horas al **1-855-620-3924**.

El número de teléfono de su PCP se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health. Puede cambiar de PCP en cualquier momento llamándonos al **1-855-300-5528.**

Atención las 24 horas

El consultorio de su PCP es su hogar médico. Su PCP es la persona que se encarga de todas sus necesidades de salud principales. Puede llamar a su PCP durante las 24 horas, los 7 días de la semana, incluidos los fines de semana y feriados. Si necesita atención de rutina o de urgencia, siempre debe llamar primero a su PCP.

En caso de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana. También puede llamar a la línea de enfermería disponible las 24 horas al **1-855-620-3924.** No se requiere autorización previa para los servicios de emergencia.

Normas de acceso y disponibilidad

Debe poder consultar con su proveedor de atención médica dentro de los plazos que figuran a continuación para las siguientes situaciones. Infórmenos si tiene problemas para consultar a su proveedor de atención médica dentro de estos plazos.

Tipo de proveedor	Tipo de cita	Disponibilidad
PCP	Atención de rutina	Dentro de los 30 días
	Atención de urgencia	Dentro de las 48 horas
	Atención que no es de urgencia	Dentro de las 72 horas
	Devolución de llamadas después del horario de atención	Dentro de los 30 minutos
	Atención de emergencia	El mismo día
	Atención después del horario de atención (servicio de mensajes telefónicos; médicos de guardia)	Durante las 24 horas, los 7 días de la semana
Pediatría	Atención de urgencia	Dentro de las 48 horas
	Atención por enfermedad	Dentro de los 30 días
	Devolución de llamadas después del horario de atención	Dentro de los 30 minutos
	Atención de emergencia	El mismo día
	Atención después del horario de atención (servicio de mensajes telefónicos; médicos de guardia)	Durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Especialista	Atención de rutina	Dentro de los 30 días
	Atención de urgencia	Dentro de las 48 horas
	Devolución de llamadas después del horario de atención	Dentro de los 30 minutos
	Atención de emergencia	El mismo día
	Atención después del horario de atención (servicio de mensajes telefónicos; médicos de guardia)	Durante las 24 horas, los 7 días de la semana
Oncología	Próxima cita disponible	Dentro de los 30 días
	Atención de urgencia	Dentro de las 48 horas
	Devolución de llamadas después del horario de atención	Dentro de los 30 minutos
	Atención de emergencia	El mismo día
	Atención después del horario de atención (servicio de mensajes telefónicos; médicos de guardia)	Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
Obstetricia/ ginecología	Cita de rutina o próxima cita disponible	Dentro de los 30 días
	Atención de urgencia	Atención de emergencia: El mismo día
	Consulta prenatal inicial para embarazadas en el primer trimestre	Dentro de los 14 días
	Consulta prenatal inicial para embarazadas en el segundo trimestre	Dentro de los 7 días
	Consulta prenatal inicial para embarazos de alto riesgo	Dentro de los 3 días
	Atención después del horario de atención (servicio de mensajes telefónicos; médicos de guardia)	Durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Salud conductual	Atención de urgencia	Dentro de las 48 horas
	Emergencia psiquiátrica que no pone en peligro la vida	Dentro de las 6 horas
	Seguimiento de paciente internado	Dentro de los 7 días
	Atención de rutina inicial	Dentro de los 10 días hábiles
	Seguimiento de atención de rutina	Dentro de los 30 días
	Seguimiento de citas perdidas de pacientes internados	Dentro de las 24 horas
	Atención después del horario de atención (servicio de mensajes telefónicos; médicos de guardia)	Durante las 24 horas, los 7 días de la semana
Todo	Tiempo en la sala de espera	45 minutos*
Servicios generales de dentistas	Regular	Dentro de las 3 semanas
	Atención de urgencia	Dentro de las 48 horas
Servicios generales de la vista, de laboratorio y radiografías	Regular	Dentro de los 30 días
	Atención de urgencia	Dentro de las 48 horas

* No se aplica al tiempo de espera en la sala de emergencias.

Cómo obtener atención especializada

Remisiones

Aetna Better Health no requiere una remisión de su PCP ni de su obstetra/ginecólogo antes de que consulte a otro proveedor de Aetna Better Health, a menos que usted sea miembro del Programa de Apoyo para Cuidado Administrado. Su PCP es su hogar médico y debería coordinar su atención. Debe llamar a su PCP para informarle que consultará a otro proveedor. Los miembros del Programa de Apoyo para Cuidado Administrado deben obtener una remisión para consultar a cualquier proveedor, excepto al que ya tienen asignado.

Puede obtener una lista de los especialistas locales llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528,** de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este). También puede encontrar a un proveedor en la aplicación móvil o en nuestro sitio web.

Proveedores fuera de la red

Proveedores que no forman parte de nuestra red

En caso de una emergencia, usted puede consultar con cualquier proveedor de Medicaid. Además, puede consultar con cualquier proveedor de Medicaid para un niño en cuidado adoptivo cuando corresponda o para servicios de planificación familiar.

Puede consultar con un proveedor fuera de nuestra red solo si se cumplen las siguientes condiciones:

- Necesita la atención.
- No hay proveedores de Aetna Better Health que brinden la atención de manera oportuna.
- Aetna Better Health ha aprobado la atención en casos que no son emergencias.

Si su PCP desea que usted consulte con un proveedor que no está en la red de proveedores de Aetna Better Health, deberá enviarnos una solicitud por escrito. Tenemos el derecho de elegir dónde puede recibir los servicios cuando no hay un proveedor de Aetna Better Health disponible para brindarle la atención que necesita. El proveedor que no pertenece a nuestra red que planea brindarle la atención deberá solicitar autorización previa para brindar los servicios. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

Notificación a los miembros sobre la finalización de los servicios de un proveedor

Aetna Better Health será el único responsable de notificarles a los miembros que un proveedor o grupo de proveedores ya no es más un proveedor participante.

Cuando Aetna Better Health reciba un aviso por adelantado de la finalización de los servicios, les enviaremos a los miembros por correo un aviso con al menos 30 días de anticipación.

Cuando no recibamos un aviso por adelantado, les enviaremos a los miembros por correo un aviso en un plazo de quince (15) días desde que nos enteremos de que el proveedor finalizará sus servicios. Los miembros tienen 10 días para elegir un proveedor; de lo contrario, se les elegirá uno.

Emergencias

¿Qué es una emergencia?

Una emergencia es una lesión repentina o una enfermedad grave que, si no se tratan de inmediato, pueden causar la muerte o un daño permanente. Si está embarazada, podría significar daños a su salud y la salud de su bebé. No tiene que acudir a un proveedor participante de Aetna Better Health en un caso de emergencia y no necesita una autorización previa para los servicios de emergencia.

Algunos ejemplos de emergencia son los siguientes:

Dificultad para respirar	Intoxicación
Huesos rotos	Hemorragia grave o inusual
Convulsiones o pérdida de conciencia	Quemaduras graves
Dolor en el pecho	Sentimientos suicidas u homicidas
Heridas profundas provocadas por un cuchillo o disparos	Fiebre en recién nacidos (menores de 3 meses)
Problemas relacionados con el embarazo	Lesiones graves en la cabeza, el cuello o la espalda
Sangrado vaginal durante el embarazo	Dolor abdominal grave
Signos de un accidente cerebrovascular (incluso pérdida de visión, entumecimiento repentino, debilidad, balbuceo o confusión)	Signos de un ataque cardíaco (incluido dolor en el pecho)

Si es posible, llame a su PCP o a la línea Informed Health disponible las 24 horas al **1-855-620-3924.** Si no puede llamar, acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al **911**. Si es internado en un hospital que no pertenece a la red de Aetna Better Health, es posible que se le transfiera a un hospital dentro de la red cuando su afección se estabilice, si Aetna Better Health lo autoriza.

Si debe permanecer en el hospital luego de una emergencia, el proveedor debe llamar a Aetna Better Health dentro de las 24 horas. Si ese día es fin de semana o un feriado legal, el proveedor debe llamar antes de que finalice el siguiente día hábil.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health a los proveedores y pídales que presenten las reclamaciones ante Aetna Better Health. Siempre debe realizar un seguimiento con su PCP después de recibir atención de urgencia o acudir a la sala de emergencias.

Fuera del área de servicio

Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio y necesita tratamiento médico, solo está cubierto en caso de emergencia cuando se lo atiende en una sala de emergencias. Fuera del área de servicio significa fuera de la Mancomunidad de Kentucky. Si visita a un proveedor que está fuera de nuestra área de servicio y no está registrado en Medicaid, es posible que usted tenga que pagar la factura. El proveedor debe estar dispuesto a facturarle a Aetna, obtener un número de identificación de Medicaid de Kentucky y llamar a Aetna para aprobar la atención. Si está lejos de su hogar y necesita consultar a un médico, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

Atención de posestabilización

Esta es atención médicamente necesaria luego de que se estabiliza una afección de emergencia. Aetna Better Health no requiere autorización previa para la atención de posestabilización.

Atención de seguimiento

Luego de una emergencia, asegúrese de recibir la atención de seguimiento de su PCP. No vuelva a la sala de emergencias para recibir esta atención.

Servicios de emergencia

Siempre lleve con usted su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health. Sepa dónde está la sala de emergencias del hospital más cercano. En su Directorio de proveedores, encontrará una lista de los hospitales con servicios de emergencia o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528.** Si visita a un proveedor que está fuera de nuestra área de servicio y no está registrado en Medicaid, es posible que usted tenga que pagar la factura. Es posible que tenga que pagar un servicio que no esté cubierto por Medicaid si usted aceptó por escrito pagarlo.

El proveedor debe estar dispuesto a facturarle a Aetna, obtener un número de identificación de Medicaid de Kentucky y llamar a Aetna para aprobar la atención. De lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este). También puede encontrar una lista en línea en **AetnaBetterHealth.com/Kentucky**.

Comité de tecnología médica

Aetna Better Health tiene un grupo de proveedores de atención médica y especialistas de salud que revisan la tecnología y los medicamentos nuevos y existentes. El grupo recomienda lo que estará cubierto y lo que no.

Esto se lleva a cabo mediante la revisión de pautas clínicas e investigaciones. También se realiza observando lo que hacen otros médicos. Nuestros médicos trabajarán con su médico para conseguirle la atención que necesita. Explicamos la información de este manual cuando hay una duda sobre la cobertura. Investigar métodos nuevos nos permite asegurarnos de que tenga acceso a atención médica actual, segura y efectiva.

Atención de urgencia

La atención de urgencia es atención médicamente necesaria para una enfermedad o lesión inesperadas. Si es posible, llame a su PCP. Si no puede recibir atención de urgencia de su PCP, es posible que deba recibir atención en un centro de atención de urgencia. Si tiene una verdadera emergencia, acuda a la sala de emergencias del hospital.

Si necesita ayuda para decidir si tiene una necesidad de atención de urgencia, llame a nuestra línea Informed Health disponible las 24 horas al **1-855-620-3924.** El personal de enfermería puede ayudarle a decidir si debe recibir atención en un centro de atención de urgencia o si puede esperar a la cita con su proveedor. Si el consultorio de su PCP está cerrado, es posible que deba recibir atención de urgencia para sus necesidades de atención médica. La atención de urgencia es para lesiones o enfermedades que requieren atención inmediata, pero que no son lo suficientemente graves como para ir a la sala de emergencias.

Algunos ejemplos de cuándo podría necesitar atención de urgencia son los siguientes:

Accidentes y caídas	Esguinces y torceduras
Problemas moderados de espalda	Dificultad para respirar (por ejemplo, asma leve a moderada)
Infecciones del tracto urinario	Sangrado/cortes, sin mucho sangrado, pero que requieren puntos
Irritación o enrojecimiento de los ojos	Servicios de diagnóstico, incluso radiografías y análisis de laboratorio
Sarpullidos e infecciones	Fiebre o gripe
Vómitos, diarrea o deshidratación	Dolor de garganta o tos graves
Roturas de huesos leves (como dedos de las manos o los pies)	

Parte 2: Sus beneficios y procedimientos del plan

Servicios cubiertos por Aetna Better Health of Kentucky*

Beneficio	Copago	Límites
Hospitalización médica para pacientes internados		
Servicios hospitalarios para pacientes internados en cuidados agudos	$0	Por internación
Servicios del médico/cirujano para pacientes internados	$0	La cirugía estética no tiene cobertura (excepto cirugía reconstructiva postmastectomía)
Trasplante	$0	Sin límite
Servicios de emergencia		
Sala de emergencias	$0	
Ambulancia de emergencia (terrestre o aérea)	$0	Sin límite
Servicios para pacientes ambulatorios		
Servicios de consultorio médico	$0	Sin límite
Hospital para pacientes externos/centro quirúrgico ambulatorio	$0	La cirugía cosmética no está cubierta (con excepción de la cirugía reconstructiva posterior a una mastectomía).
Clínica de salud rural (RHC), centro de salud con calificación federal (FQHC) y centro de atención primaria (PCC)	$0	Por consulta
Servicios dentales (adultos)	$0	Por consulta
Atención médica a domicilio	$0	Sin límite
Servicios de la vista (adultos)	$0	1 examen de la vista por año

Servicios de la vista (niños)	$0	1 examen de la vista por año
Atención de urgencia	$0	Por consulta
Radioterapia	$0	Sin límite
Quimioterapia	$0	Sin límite
Planificación familiar	$0	Sin límite
Podiatría	$0	Sin límite
Atención de maternidad y del recién nacido		
Atención prenatal y posnatal	$0	Sin límite
Servicios de maternidad	$0	Sin límite
Medicamentos con receta		
Medicamentos con receta	$0 (no genérico)	Sin límite
Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación		
Enfermería especializada y rehabilitación	$0	Sin límite
Servicios de quiropráctica	$0	26 consultas por período de 12 meses
Equipo médico duradero	$0	Por producto
Audífonos/ servicios servicios audiométricos	$0	Se limitan a hijos menores de 21 años.
Dispositivos ortésicos/protésicos	$0	Por producto
Fisioterapia/terapia ocupacional/ terapia del habla	$0	20 consultas de tratamiento por año
Atención de enfermería privada	$0	2,000 horas al año, a menos que se determine que las horas adicionales son médicamente necesarias (solo para pacientes externos)
Servicios de laboratorio, diagnóstico y radiología		
Servicios de laboratorio, diagnóstico y radiología (pacientes externos)	$0	Por consulta por servicio
Servicios de pediatría		
Trastornos del espectro autista	$0	Hasta los 21 años
Servicios especiales de	$0	Se limitan a servicios

detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)		médicamente necesarios y deben tener autorización previa.
Comisión para niños con necesidades especiales de atención médica	$0	Se limita a niños que cumplen con los criterios de elegibilidad de la Comisión para niños con necesidades especiales de atención médica de Kentucky.
Clínicas especializadas de servicios para niños	$0	Los servicios se limitan a niños menores de 18 años y deben ser brindados por clínicas especializadas.
Administración de casos específicos: discapacidad emocional grave (SED)	$0	Se limita a niños que se ajustan a la definición legal de SED de Kentucky.
Servicios de Primeros Pasos	$0	Los servicios están disponibles para niños que tienen un retraso del desarrollo o un diagnóstico de afecciones físicas o mentales asociadas con retrasos del desarrollo desde el nacimiento hasta los dos años.
Servicios de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias		
Administración de casos específicos	$0	Sin límite
Servicios de salud mental y de abuso de sustancias para pacientes internados	$0	Por internación
Servicios de salud mental y de abuso de sustancias para pacientes externos	$0	Por consulta
Centros de tratamiento psiquiátrico residenciales (PRTF)	$0	Servicios para residentes de 6 a 21 años
Servicios preventivos y control de enfermedades crónicas		
Servicios para dejar de fumar	$0	Sin límite
Servicios para alergias	$0	Sin límite
Servicios de bienestar (inmunizaciones y otros servicios de salud preventivos, como controles anuales,	$0	Sin límite

pruebas de Papanicolaou, pruebas de presión arterial, etc.)		
Otros		
Servicio de transporte que no sea de emergencia	$0	Sin límite
Planificación familiar	$0	Sin límite
Hospicio	$0	Sin límite
Segundas opiniones	$0	Sin límite
Telesalud	$0	Sin límite
Servicios de diálisis renal/hemodiálisis (paciente externo)	$0	Sin límite

Nota: Todos los beneficios proporcionados deben ser médicamente necesarios. Aetna Better Health of Kentucky solo será responsable de los servicios autorizados por Aetna Better Health of Kentucky.

Administración de la salud de la población

En Aetna Better Health of Kentucky entendemos que sus necesidades son especiales para usted. Nuestro objetivo es ayudarle a mantenerse saludable y a asegurarnos de que participe en su atención médica. Con nuestro programa de administración de la salud de la población nos esforzamos por satisfacer sus necesidades y las de su familia en las siguientes cuatro áreas clave:

- Cuidamos su salud.
- Les brindamos apoyo si su salud está en riesgo.
- Garantizamos su seguridad.
- Les ayudamos a controlar varias enfermedades crónicas.
- Apoyamos cualquier interrupción en la atención a través de programas de beneficios de valor agregado.

Si le interesa o tiene preguntas sobre alguno de los programas mencionados anteriormente, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este). Solicite hablar con un administrador de atención o búsquenos en línea en **AetnaBetterHealth.com/Kentucky.**

Administración de atención y control de enfermedades

Controlar una enfermedad crónica a veces puede ser difícil. Saber con quién comunicarse, qué significan los resultados de las pruebas o cómo obtener los servicios necesarios también puede serlo. El equipo de administradores de atención y enfermedades de Aetna Better Health of Kentucky está disponible para ayudar a nuestros miembros y sus familias, a los proveedores de atención primaria y a los cuidadores. Podemos ayudar con los cambios y brindar información para que los pacientes y los cuidadores estén mejor preparados e informados sobre las decisiones y los objetivos de la atención médica.

Si padece una afección crónica, tal como dolor en la región lumbar, anemia falciforme, hemofilia, HIV/SIDA, esclerosis múltiple, u otras afecciones como embarazos de alto riesgo o problemas neonatales, antecedentes de problemas de salud, o problemas para seguir nuestras normas de obtención de atención médica, queremos trabajar con usted y su PCP para satisfacer sus necesidades de atención médica. Nuestros equipos de administración de atención y control de enfermedades también pueden ayudar a planificar la atención.

También pueden ofrecer asistencia para dejar de fumar. Aetna Better Health tiene programas especiales para niños en cuidado adoptivo. Para obtener más información sobre estos programas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**.

El objetivo de la administración de atención es ayudarle a alcanzar el mejor nivel de bienestar y acondicionamiento físico. Su administrador de atención puede ayudarle a encontrar los proveedores y servicios correctos.
Aetna Better Health tiene programas especiales para los miembros que padecen asma, diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), depresión y enfermedad de las arterias coronarias (CAD). Estos programas le ayudan a cuidarse a través de educación, entrenamiento de salud y atención especial. La administración de atención y el control de enfermedades le ayudan a obtener la mejor atención de la mejor manera.

El equipo de administración de atención y control de enfermedades brinda los siguientes servicios:

- El personal de enfermería y otro personal de atención médica de Aetna Better Health trabajarán con usted para comprender cómo puede controlar su afección de la mejor manera.
- Le ayudaremos a evaluar regularmente su estado de atención médica, programar citas con su médico y conectarlo con los recursos de la comunidad.
- Recibirá boletines informativos que brindan actualizaciones sobre su afección.
- Le brindaremos materiales educativos e informativos para ayudarle a comprender y administrar los medicamentos que su proveedor ha solicitado.
- Recibirá información sobre eventos tales como ferias de salud.

Para asegurarse de que nuestros registros estén actualizados, nuestro equipo de administración de atención llamará a los miembros nuevos para completar una evaluación de riesgos para la salud. Si desea recibir servicios de administración de atención o control de

enfermedades, o si tiene preguntas sobre estos programas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este). Solicite hablar con un administrador de atención o búsquenos en línea en **AetnaBetterHealth.com/Kentucky**.

Si no desea recibir servicios de administración de atención o control de enfermedades, puede informarnos sobre esto llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528,** de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

Servicios de atención médica para mujeres

Los obstetras/ginecólogos brindan servicios de atención médica a las mujeres. Esta atención es para el sistema reproductor femenino.

Servicios cubiertos

- Un examen ginecológico anual para miembros mujeres, a partir de los 13 años, que incluye: Un examen de mamas, un examen pélvico y una prueba de Papanicolaou anual (si se indica).
- Mamografías, según el siguiente cronograma:
    - Una prueba de detección inicial para mujeres de 35 a 39 años.
    - Una mamografía anual para mujeres a partir de los 40 años.
- 12 meses de cobertura después del parto.
- Cobertura prenatal y después del parto de Maternity Matters, consultar la página 49.
- Aetna Better Health recomienda que las mujeres embarazadas se realicen pruebas de detección del VIH.
- Servicios para tratar cualquier afección médica que pudiera complicar el embarazo.
- Servicios para la atención durante el embarazo y posparto
- Si un recién nacido y su madre, o el recién nacido solo, son dados de alta del hospital en menos de 48 horas después del día del parto, se cubrirá al menos 1 consulta de seguimiento dentro de 48 horas después del alta.
- Histerectomía, cuando sea médicamente necesaria.
- Prótesis necesarias después de la extirpación completa o parcial de una mama por cualquier razón médica.
- Cirugía reconstructiva de mama realizada junto con una mastectomía completa o parcial, o luego de ella. La atención para pacientes internadas está cubierta durante al menos 48 horas luego de una mastectomía radical o radical modificada.
- La atención para pacientes internadas está cubierta durante 24 horas luego de una mastectomía total o parcial con disección del ganglio linfático.
- La atención para pacientes internadas durante el tiempo mencionado anteriormente puede ser menor si usted y su proveedor acuerdan una estadía más corta.

Servicios de mastectomía

Su proveedor de atención médica trabajará con usted para decidir qué servicios son mejores para usted. Esto puede incluir lo siguiente:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para que se vean asimétricas.
- Prótesis y tratamiento de problemas físicos de la mastectomía, incluido linfedema.

Programa de Administración de Uso (UM)

El Programa de Administración de Uso (UM) de Aetna Better Health garantiza que reciba servicios de calidad que sean médicamente necesarios, cumplan con los estándares de atención reconocidos profesionalmente y se brinden en el entorno más efectivo y médicamente apropiado. Nuestro programa brinda un sistema de revisión futura, concurrente y retrospectiva de los servicios y tratamientos proporcionados.

Nuestro Comité de Administración de Calidad/Administración de Uso (Quality Management/Utilization Management, QM/UM) está compuesto por proveedores participantes, directores médicos y personal de administración de Aetna Better Health. Nuestro QM/UM supervisa el programa de administración de uso. Un médico brinda una supervisión diaria del programa de UM.

Atención de salud conductual

Los servicios de atención de la salud conductual son para tratar la salud mental de un miembro. Estos incluyen servicios para el abuso de alcohol y sustancias. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

Servicios en un centro de salud mental comunitario	Servicios del programa de hospitalización parcial
Servicios de salud conductual para pacientes internados	Servicios del programa de tratamiento intensivo para pacientes externos
Servicios residenciales y de rehabilitación por abuso de sustancias	Servicios de salud conductual en el hogar
Servicios de salud conductual para pacientes externos	Servicios en un centro para tratamiento residencial psiquiátrico

Todos deberían tener la oportunidad de estar lo más saludables posible. Esto incluye su salud mental. Contamos con herramientas en línea en la sección Member Portal (Portal para miembros) que puede usar para obtener información sobre el bienestar; por ejemplo, sobre cómo identificar la depresión, cómo evitar el consumo de alcohol de riesgo, cómo dejar de fumar y hábitos saludables. Nuestras herramientas también están disponibles en forma impresa.

Si necesita servicios de salud conductual, puede elegir sus propios proveedores de salud conductual. Su PCP puede darle una remisión para recibir servicios de salud conductual. Puede encontrar información sobre los proveedores de salud conductual de la red visitando nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Kentucky**. Haga clic en la cinta "Find a Provider" (Buscar un proveedor) en la esquina superior derecha de la página. Desde allí, puede buscar según el tipo de proveedor de salud conductual o la ubicación. El Directorio de proveedores en línea brinda el nombre, la dirección, los números de teléfono, las credenciales profesionales, la especialidad y el estado de certificación de la junta del proveedor. Aetna Better Health of Kentucky también puede ayudarlo a encontrar proveedores de salud conductual y programar una cita si llama al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528.**

Algunos servicios de atención de salud conductual están cubiertos solo cuando han sido autorizados previamente (a menos que sea una emergencia). Asegúrese de que su proveedor verifique la lista de autorización previa antes de brindarle un servicio de salud conductual. La atención para pacientes internados se revisa durante su estadía. Su atención estará cubierta siempre que sea médicamente necesaria. Si se decide que la totalidad, o parte, de su hospitalización no es necesaria, se le informará al proveedor que la cobertura finalizará.

Si no acude a una cita programada de salud conductual, su proveedor se pondrá en contacto con usted en el plazo de 24 horas para reprogramar la cita. Si está recibiendo servicios de salud conductual como paciente internado, antes de recibir el alta, su proveedor programará una cita de seguimiento como paciente externo para dentro de los 7 días posteriores al alta.

En el caso de una emergencia de salud conductual, debe llamar al 911 o a la línea directa de crisis de salud conductual al **1-888-604-6106 (los usuarios de TTY deben marcar 711; los usuarios de TDD deben marcar 1-866-200-3269)**. La línea directa de crisis de salud conductual está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Allí podrán ayudarle a recibir la atención que necesita.

Responsabilidad del miembro

La ley federal estipula que ciertos miembros pueden ser responsables de pagar parte de su atención. Esto se denomina "responsabilidad del miembro". Los miembros que cumplen con lo siguiente:

- Reciben servicio de hospicio no institucional.
- Viven en un centro de tratamiento psiquiátrico residencial (PRTF) o en un hospital psiquiátrico o de salud conductual, y son menores de 21 años o mayores de 64 años.

La cantidad que le responde al miembro se basa en sus ingresos. Es posible que los miembros con ingresos bajos no deban pagar nada. Otros miembros con ingresos más altos deben pagar más. El DCBS calcula la responsabilidad del miembro. Su trabajador social del DCBS puede ayudarle a comprender mejor este proceso. Le enviaremos un aviso antes de aplicar la responsabilidad del miembro.

Inmunizaciones para adultos

Aetna Better Health cubre algunas vacunas para adultos en el departamento de salud o la farmacia participantes de su ciudad.
Para averiguar si es elegible para estas y otras vacunas que están disponibles, comuníquese con su proveedor o con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**. También puede visitar **https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html** para consultar el calendario de vacunas.

Atención dental

Aetna Better Health cubre servicios dentales básicos para adultos y niños menores de 21 años. Los niños que viven en Kentucky deben realizarse un examen dental antes de comenzar el jardín.
Para consultar cómo obtener atención, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este). También puede consultar en su Directorio de proveedores o en línea en **AetnaBetterHealth.com/Kentucky** en la sección “Find a Provider” (Buscar un proveedor).

Atención de la vista y anteojos

Aetna Better Health cubre determinados servicios de la vista para los miembros. Los niños que viven en Kentucky deben realizarse un examen de la vista antes de comenzar el jardín. Los niños son elegibles para recibir anteojos una vez al año con una receta. Los adultos también pueden obtener un par de anteojos gratuito cada año.
Para consultar cómo obtener atención, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este). También puede consultar en su Directorio de proveedores o en línea en **AetnaBetterHealth.com/Kentucky** en la sección “Find a Provider” (Buscar un proveedor).

Servicios de radiología y cardiología

Aetna Better Health tiene un contrato con eviCore para brindarles a nuestros miembros administración de los beneficios de radiología. Es necesario que su proveedor obtenga autorización previa de eviCore para realizar las siguientes pruebas de diagnóstico que no sean de emergencia para pacientes externos:

- Resonancia magnética (MRI)
- Tomografía por emisión de positrones (PET)
- Tomografía computada (CT)
- Angiografía coronaria por tomografía computada (CCTA)

- Ecocardiograma de esfuerzo
- Cardiología nuclear
- Ventriculografía isotópica (MUGA)
- Ecografías obstétricas

Su proveedor no necesita autorización previa para realizar las siguientes pruebas de diagnóstico avanzado que no sean de emergencia:

- Servicios de radiología avanzada para pacientes internados
- Servicios radiología avanzada en un entorno de observación
- Servicios de radiología en la sala de emergencias

Una vez que finaliza la prueba de diagnóstico, eviCore se pondrá en contacto directamente con usted para ayudarle a elegir un centro/una ubicación y programar su cita. Si no puede hablar con un representante de radiología, recibirá una carta por correo con el nombre y la ubicación del centro. Su proveedor le dará una orden para la prueba que debe presentar en el momento de su cita.

Servicios y suministros de planificación familiar

Los servicios de planificación familiar incluyen asesoramiento de métodos anticonceptivos y suministros. Aetna Better Health cubre la planificación familiar para los miembros en edad fértil. No necesita consultar con su PCP antes de recibir esta atención.

Las citas para los servicios médicos y de asesoramiento estarán disponibles lo antes posible, en un máximo de 30 días.

Si no es posible proporcionar servicios médicos completos a los miembros menores de 18 años con poca anticipación, se deberá proporcionar asesoramiento y una cita médica de inmediato, preferentemente, dentro de los 10 días. Cualquier atención que reciba se mantendrá de manera confidencial.

Si no desea hablar con su PCP sobre planificación familiar, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este). Podemos ayudarle a elegir un proveedor de planificación familiar y brindar ayuda con la programación. Puede obtener servicios de planificación familiar y suministros de un proveedor de Aetna Better Health o de un proveedor que no pertenezca a nuestra red.

Servicios de farmacia no cubiertos

Los siguientes productos no están cubiertos por los beneficios de Aetna Better Health:

- Medicamentos que no son efectivos o seguros.
- Medicamentos utilizados para la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Cosméticos o productos utilizados para el crecimiento del cabello.
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual.
- Medicamentos experimentales que no tienen beneficios médicos probados.

Servicios para dejar de fumar

Si usted es fumador, tiene antecedentes de tabaquismo o utiliza otros tipos de tabaco, queremos trabajar con usted para ayudarle a dejar el hábito. Aetna Better Health tiene un programa diseñado para ayudarle si está listo para dejar de fumar. El servicio se brinda por teléfono. Puede obtener ayuda en forma de parches, goma de mascar o medicamentos. La terapia de reemplazo de nicotina (NRT) está disponible con la receta de su proveedor de atención primaria.

Si desea obtener asistencia para dejar de fumar, llame al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este) y pida hablar con el Departamento de Administración de Atención. Puede recibir mensajes de texto de Aetna Better Health que le brindarán recursos para ayudarle a dejar de fumar. Puede optar por no recibir estos mensajes de texto en cualquier momento. La Mancomunidad de Kentucky también tiene un programa gratuito. Siempre consulte a su médico antes de comenzar un programa nuevo. Para obtener más información sobre este programa gratuito, llame a QuitNow de Kentucky al **1-800-QUIT-NOW** (**1-800-784-8669**).

Servicios prenatales de alto riesgo

Aetna Better Health brinda administración de atención para miembros de alto riesgo que están embarazadas. El PCP u obstetra/ginecólogo y Aetna Better Health trabajan juntos para decidir si una miembro necesita estos servicios adicionales.

Los siguientes son servicios adicionales cubiertos para mujeres embarazadas:

- Revisión y asesoramiento de dietas por parte de un nutricionista certificado.
- Coordinación de recursos comunitarios (clases de parto y crianza).
- Sacaleches.
- Obtención de servicios de atención a largo plazo.
- Seguimiento para asegurarse de que la miembro recibe la atención necesaria.
- Orientación y apoyo.

- Medidores de glucosa en sangre.
- Análisis de VIH.
- Programas de monitoreo remoto para apoyarla durante su embarazo.

Cómo obtener servicios de atención a largo plazo

Si usted necesita servicios en un centro de atención de enfermería de atención a largo plazo, le ayudaremos. Llámenos si necesita servicios de atención a largo plazo durante más de 30 días. Aetna Better Health trabajará con el Gabinete para los Servicios de Salud y de la Familia para cancelar su inscripción en el cuidado administrado y asegurarse de que reciba los servicios que necesita.

Servicios para pacientes externos

Los servicios para pacientes externos incluyen lo siguiente:

- Atención preventiva
- Pruebas médicas
- Atención para ayudarle a sanar

Debe informarle a su PCP cuando reciba atención para pacientes externos. Puede recibir la atención en departamentos para pacientes externos del hospital, clínicas, centros de salud o consultorios médicos que formen parte de la red de proveedores de Aetna Better Health. Puede encontrar la lista en línea en **AetnaBetterHealth.com/Kentucky**.

Atención hospitalaria para pacientes internados

Cuando no tiene una emergencia, debemos autorizar PREVIAMENTE su hospitalización antes de que acuda al hospital. Debe acudir a un hospital que sea un proveedor participante de Aetna Better Health, a menos que le autoricemos acudir a un hospital fuera de nuestra red. Quedará bajo la atención de su PCP o de otro médico al que lo haya enviado su PCP.

Servicios de proveedores

Cubrimos la atención brindada por un proveedor de Aetna Better Health cuando es médicamente necesaria. Usted puede recibir la atención en el consultorio del proveedor, un hospital, una clínica o en cualquier otro lugar que sea necesario para tratar una enfermedad o lesión. También puede recibir servicios de planificación familiar, atención de maternidad, pruebas de detección de bienestar para niño de EPSDT u otra atención preventiva. Se cubren los exámenes de salud regulares para adultos.

Beneficio de medicamentos con receta

Su beneficio de medicamentos es proporcionado por Aetna Better Health Kentucky y Medicaid de Kentucky.

Comenzamos a trabajar con un administrador de beneficios de farmacia (PBM), MedImpact Healthcare Systems, Inc., en 2021. Prestan servicios a todos los miembros en el cuidado administrado y su equipo de servicios para los miembros está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana, llamando al **1-800-210-7628**.

Su tarjeta de identificación tiene información importante para su farmacia. Si no tiene su nueva tarjeta de identificación, puede dirigirse a la farmacia de todos modos. Dígales que tiene Medicaid y que el farmacéutico puede llamar a MedImpact para obtener la información necesaria. Antes de ir, asegúrese de que la farmacia acepte Medicaid de Kentucky. Para encontrar una farmacia o ver qué está cubierto, visite **https://kyportal.medimpact.com**.

Aetna Better Health cubre los medicamentos con receta que se incluyen en la lista de medicamentos preferidos del estado, también denominada formulario. Lleve su receta y su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health a una farmacia inscrita en Medicaid.

Si tiene Medicare u otro seguro, también debe mostrar su identificación de miembro. Aetna Better Health no paga los medicamentos que no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Puede averiguar si sus medicamentos se encuentran en la Lista de medicamentos preferidos de dos maneras:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528,** de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).
- Para ver la lista de medicamentos cubiertos, visite **https://kyportal.medimpact.com/sites/default/files/2023-12/kentucky-medicaid-pdl.pdf**

  Nota: No se le pueden reembolsar los gastos de farmacia que paga de su bolsillo.

Solicitud de excepciones de medicamentos con receta

Si su medicamento no se encuentra en la lista de medicamentos preferidos del estado, pregúntele a su proveedor si hay un medicamento en la lista que pueda utilizar. Si no es así, su proveedor debe solicitarnos una excepción de medicamentos con receta. MedImpact decidirá luego de una revisión y, si es necesario, después de hablar con su proveedor, si el medicamento de la lista de medicamentos no funcionará para su afección médica. Si su proveedor no solicita la excepción, es posible que Aetna Better Health no lo pague. MedImpact revisará la solicitud de excepción médica dentro de las 24 horas. Si no se cumple con este plazo, el farmacéutico puede darle un suministro del medicamento para tres días, excepto en el caso de analgésicos opioides. Si MedImpact no aprueba su excepción médica, se le informará por escrito. MedImpact también le informará cómo comenzar el proceso de reclamos/apelaciones.

Medicamentos de venta libre

A veces, su proveedor le solicitará que tome medicamentos de venta libre (OTC). Al igual que con otros medicamentos, su médico debe darle una receta para los medicamentos de venta libre para que presente en la farmacia. No se le pueden reembolsar los gastos de farmacia que paga de su bolsillo. Puede averiguar si sus medicamentos de venta libre están cubiertos visitando el Portal para miembros de Medicaid en **https://kyportal.medimpact.com/sites/default/files/2023-12/kentucky-medicaid-ffs-otc-list.pdf**

Algunos medicamentos OTC están cubiertos por nuestro beneficio de OTC. Puede obtener más información en la página 48.

Autorización previa para algunos medicamentos

Si su medicamento requiere autorización previa, usted puede hacer lo siguiente:

- Solicitarle a su proveedor un medicamento similar que no requiera autorización previa.
- Solicitarle a su proveedor que se comunique con MedImpact para que comience el proceso de autorización previa. Su proveedor sabrá cómo hacer esto.
- MedImpact revisará la solicitud de su proveedor dentro de las 24 horas. Su farmacéutico puede darle un suministro temporal para tres días del medicamento (excepto en el caso de analgésicos opioides) mientras su proveedor intenta obtener la aprobación.
- MedImpact le informará por escrito si no aprobaron la solicitud. También le informarán cómo comenzar el proceso de reclamos/apelaciones.

Tratamiento escalonado (ST)

Algunos medicamentos no se aprueban a menos que se hayan probado otros antes. La cobertura del tratamiento escalonado requiere que se realice una prueba de otro medicamento antes de cubrir un medicamento solicitado.

Límites de cantidad

Algunos medicamentos tienen limitaciones en la cantidad de dosis que puede obtener. Esto se denomina “límite de cantidad”. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) decide los límites de dosis seguros. Para obtener una lista parcial de los servicios que cubrimos y para ver qué aprobaciones se requieren, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health al **1-855-300-5528**.
El farmacéutico proporcionará el medicamento con receta según los límites de dosis seguros de la FDA. Lo hará incluso si su proveedor recetó el medicamento para dosis mayores de los límites seguros recomendados por la FDA.

El farmacéutico no le dará más medicamentos si su proveedor no obtiene la autorización previa. El farmacéutico le pedirá a su proveedor que primero llame a MedImpact.

Medicamentos de marca en lugar de medicamentos alternativos genéricos

Aetna Better Health paga los medicamentos genéricos y de marca, cuando sean los elegidos en la lista única de medicamentos preferidos del estado. Si su proveedor desea que tenga un medicamento de marca no preferido o un medicamento genérico en la Lista única de medicamentos preferidos del estado, debe solicitar una autorización previa. MedImpact revisará la solicitud.
Si MedImpact no aprueba la solicitud del medicamento genérico o de marca preferido, se le informará por escrito. MedImpact también le informará cómo comenzar el proceso de reclamos/apelaciones.

Medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos cuando se inscribe

Si sus medicamentos no se encuentran en la lista única de medicamentos preferidos del estado cuando se inscribe en Aetna Better Health, puede tomar su medicamento durante 30 días después de que se inscribe en nuestro plan. Su proveedor debe cambiar su medicamento a uno de la Lista única de medicamentos preferidos del estado o presentar una autorización previa. Si MedImpact no autoriza previamente la excepción, se le informará por escrito. MedImpact también le informará cómo comenzar el proceso de reclamos/apelaciones.

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Es posible que el Departamento de Servicios de Medicaid (DMS) deba realizar cambios en la Lista única de medicamentos preferidos del estado de vez en cuando. Si está tomando un medicamento que se eliminará de la Lista única de medicamentos preferidos del estado, se lo informaremos por escrito al menos 30 días antes de que se elimine. También puede acceder a la Lista única de medicamentos preferidos actualizada en línea en https://kyportal.medimpact.com/sites/default/files/2023-12/kentucky-medicaid-pdl.pdf**.**

Segunda opinión médica

Puede pedir una segunda opinión sobre una enfermedad, una cirugía o un tratamiento que su PCP indique que necesita. Para recibir ayuda para obtener una segunda opinión, puede llamar a su PCP o al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

La obtención de una segunda opinión de nuestros proveedores o de un proveedor fuera de la red no tiene costo para usted. Todas las segundas opiniones de proveedores que no pertenecen a nuestra red requieren autorización previa de Aetna Better Health.

Servicios de traducción o interpretación

Si su lengua materna no es el inglés o tiene un problema auditivo, le ayudaremos a recibir servicios de interpretación. Este servicio es gratuito. Dígale a su médico que necesita la ayuda de un traductor de un idioma hablado o un intérprete de lenguaje de señas y se comunicará con nosotros.

Si necesita comunicarse con nosotros acerca de sus beneficios y su lengua materna no es el inglés, nos comunicaremos con nuestro servicio de idiomas, que le traducirá. Si tiene un problema auditivo, puede usar los servicios de TTY o TDD. Trabajaremos con nuestros miembros que sean sordos para determinar su método preferido de interpretación y darles prioridad para cumplir con esas solicitudes.

Cómo obtener servicios de transporte

- Transporte de emergencia: llame al 911 o al servicio de ambulancia más cercano.
- Servicio de transporte que no sea de emergencia: Medicaid de Kentucky pagará el transporte de ciertos miembros para que obtengan servicios médicos cubiertos por Medicaid de Kentucky. Si necesita transporte, debe hablar con el agente de transporte de su condado para programar un viaje.

Cada condado de Kentucky tiene su propio agente de transporte. Solo puede acudir al agente de transporte si no puede usar su propio automóvil o no tiene uno. Si no puede usar su automóvil, debe obtener una nota para el agente de transporte que explique por qué no puede usarlo.

Si necesita los servicios de transporte del agente de transporte y usted o alguien de su familia tiene un automóvil, puede hacer lo siguiente:

- Obtener una nota del médico que indique que usted no puede conducir.
- Obtener una nota de su mecánico si su automóvil no funciona.
- Obtener una nota de su jefe o funcionario de la escuela si otra persona necesita su automóvil para el trabajo o la escuela.
- Obtener una copia del registro si su automóvil es considerado chatarra.
- Medicaid de Kentucky no cubre viajes para retirar medicamentos con receta.

Para consultar la lista de agentes de transporte y su información de contacto, visite **https:chfs.ky.gov/agencies/dms/provider/Pages/nemt.aspx** o llame a Medicaid de Kentucky al **1-800-635-2570**. Para obtener más información sobre los servicios de transporte, llame al Gabinete de transporte de Kentucky al **1-888-941-7433**.

El horario de atención es de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 04:30 p. m. (hora del este) y los sábados de 08:00 a. m. a 01:00 p. m. (hora del este). Si necesita los servicios de transporte, debe llamar 72 horas antes del momento en que los necesite. Si debe cancelar una cita, llame a su agente de transporte tan pronto como sea posible.

Siempre debe tratar de acudir al centro médico más cercano. Si necesita atención médica de alguien que se encuentra fuera de su área de servicio, debe obtener una nota de su PCP. La nota debe explicar por qué es necesario que viaje fuera de su área. (Su área es su condado y los condados adyacentes).

Si está en una silla de ruedas, o puede caminar pero se desorienta, tiene la posibilidad de elegir una compañía de transporte que pueda satisfacer sus necesidades especiales.

Póngase en contacto con su agente de transporte para ver cuáles son las compañías disponibles que pueden satisfacer esas necesidades especiales. Debe obtener una nota de su PCP. La nota debe indicar por qué es necesario ese tipo de transporte. **Tenga en cuenta lo siguiente: Los niños del programa KCHIP III no reciben transporte que no sea de emergencia.**

Beneficios que recibe de Aetna Better Health of Kentucky

Beneficios y servicios adicionales

Le brindamos servicios sin costo para usted. Estos beneficios son solo para miembros de Aetna Better Health. Aetna Better Health of Kentucky se enorgullece de ofrecer a nuestros miembros beneficios exclusivos, además de los regulares, sin costo. Puede consultar la guía completa de Beneficios adicionales en **https://www.aetnabetterhealth.com/kentucky/whats-covered.html.**

Los beneficios adicionales ofrecidos por Aetna Better Health of Kentucky incluyen los siguientes:

- Programa Aetna Better Care
- Estipendios de venta libre (OTC)
- Programa Maternity Matters
- Una aplicación virtual de acompañamiento
- Y más

Programa Aetna Better Care
Aetna Better Health of Kentucky ofrece a los miembros incentivos en forma de tarjetas de regalo por completar determinados controles y pruebas de detección periódicas como las siguientes:

- Consultas de seguimiento con profesionales de salud mental.
- Finalización de la serie de vacunas contra el VPH.
- Finalización de la evaluación de riesgos de salud (HRA).
- Realización de una mamografía.
- Realización de la prueba de HBA1c.
- Realización del examen de la vista.

Para recibir estos beneficios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Todas las ofertas y servicios del programa de beneficios de valor agregado están sujetos a cambios. Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre cómo acceder a estos beneficios, servicios y recompensas saludables de valor agregado, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

Estipendios de venta libre
Como compañía de CVS Health®, ofrecemos $15 al mes, por hogar, para productos de venta libre (OTC) para el resfriado, primeros auxilios, cuidado bucal y mucho más. Es parte de sus beneficios como miembro de Aetna Better Health® of Kentucky. Puede acceder a estos beneficios visitando cualquier establecimiento de CVS Pharmacy, haciendo un pedido en línea o llamando por teléfono.

Visite www.cvs.com/benefits o llame a OTC Health Solutions, de lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del este), al **1-888-628-2770**.

Programa Maternity Matters (La maternidad importa)

Sabía que: Las miembros de Aetna embarazadas tienen acceso exclusivo a beneficios adicionales que les ayudarán durante todo el embarazo y el primer año de vida de su bebé.

Ya sea que está embarazada o acaba de tener un bebé, nuestro programa Maternity Matters ofrece beneficios e incentivos para ayudarla en el camino de la maternidad. Los beneficios incluyen lo siguiente:

- Una tarjeta de regalo de $25 por completar la consulta prenatal inicial.
- Una tarjeta de regalo de $10 por completar cada consulta prenatal adicional (hasta 10 consultas).
- Una tarjeta de regalo de $25 por completar una consulta posparto dentro de los 7 a 84 días posteriores al parto.
- Una tarjeta regalo de hasta $90 para comprar una cuna o una silla de coche a partir de la semana 37 de embarazo por consultar al médico con regularidad (al menos 7 consultas) durante el embarazo.

Al completar actividades que ayudarán a mejorar su salud y la de su bebé, obtendrá recompensas a través de una tarjeta recargable que se puede usar para alimentos saludables, productos de maternidad y pañales en una variedad de tiendas locales y en línea. Para recibir estos beneficios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Todas las ofertas y servicios del programa de beneficios de valor agregado están sujetos a cambios. Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre cómo acceder a estos beneficios, servicios y recompensas saludables de valor agregado, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

Servicios que NO están cubiertos (si recibe una factura)

Si Aetna Better Health deniega un procedimiento, servicio o receta, usted o su PCP pueden solicitar una apelación. Para esto, debe enviar una solicitud al Departamento de Apelaciones de Aetna Better Health.

Para obtener más información, consulte la página 57, “Apelaciones y quejas”. Los siguientes servicios no están cubiertos por Medicaid de Kentucky:

- Cualquier servicio de laboratorio prestado por un proveedor sin certificación vigente según la Enmienda Federal para la Mejora de los Laboratorios Clínicos. Esto se aplica a todos los centros y proveedores individuales de cualquier servicio de laboratorio.
- Procedimientos o servicios estéticos realizados solo para mejorar la apariencia.
- Procedimientos de histerectomía realizados solo para esterilizar (prevenir embarazos).
- Tratamiento médico o quirúrgico para la infertilidad (procedimientos para revertir la esterilización, fertilización in vitro, etc.).
- Aborto inducido, que no sea porque la salud de la madre está en riesgo, o en el caso de violación o incesto.
- Prueba de paternidad.
- Servicios personales o productos de comodidad.
- Servicios post mortem.
- Servicios, incluidos, entre otros, medicamentos experimentales, principalmente por motivos de investigación o experimentales.
- Servicios de cambio de sexo.
- Esterilización de un miembro mentalmente incompetente o institucionalizado.
- Servicios que un miembro no tiene la obligación de pagar, por los que ninguna otra persona es legalmente responsable.

Cómo se les paga a los proveedores

Presentación de reclamaciones

Si recibe servicios de un proveedor de Aetna Better Health u otro proveedor de Medicaid, su proveedor puede presentar sus reclamaciones por usted. Los proveedores de Medicaid no tienen permitido facturarle a usted por los servicios de Medicaid. Si visita a un proveedor que está fuera de nuestra área de servicio y no está registrado en Medicaid, es posible que usted tenga que pagar la factura. Es posible que tenga que pagar un servicio que no esté cubierto por Medicaid si usted aceptó pagarlo por escrito. Para obtener más información, consulte la sección “Fuera del área de servicio” en la página 29.
Si recibe una factura de un proveedor inscrito en Medicaid por los servicios de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

Pagaremos la atención médicamente necesaria autorizada que usted haya pagado, hasta el monto permitido por Medicaid. Debemos recibir todas las reclamaciones dentro de los 365 días posteriores a la fecha del servicio.

Los formularios incompletos no se procesarán.

Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)

Los servicios de EPSDT son un beneficio federal para los niños que son elegibles para Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños de Kentucky (KCHIP) desde el nacimiento hasta los 21 años.

Nuestro equipo de EPSDT está disponible para ayudar a que los niños desde el nacimiento hasta los 21 años reciban la atención y los servicios de EPSDT que necesitan. Esto incluye exámenes de salud acordes a la edad, inmunizaciones, exámenes dentales, de la vista y de audición, pruebas de detección y análisis para determinar el nivel de plomo y cualquier otro servicio médico que fuera necesario. Nuestro equipo de EPSDT envía recordatorios mensuales el día del cumpleaños para informarle que es momento de que su hijo(a) reciba uno de los servicios de EPSDT. El equipo puede llamar para ayudarle a programar una consulta con el médico de su hijo(a) y brindarle ayuda con el transporte hacia la cita si es necesario.

Si su hijo(a) necesita servicios adicionales, es posible que los cubramos. Los servicios especiales de EPSDT cubren servicios médicamente necesarios que no suelen estar cubiertos por Medicaid.

Esto puede incluir suministros médicos y equipos especiales, servicios dentales normalmente no cubiertos, sueros y vacunas para alergias, y servicios de salud conductual por lo general no cubiertos. Estos servicios especiales de EPSDT requieren autorización previa. Su proveedor solicitará esta autorización previa. Los niños del programa KCHIP-III no son elegibles para los servicios especiales de EPSDT o para la ayuda con el transporte que no sea de emergencia.

Los niños deben realizarse controles regulares a las edades que se indican a continuación:

Edades recomendadas para controles de bienestar infantil	
3 a 5 días después del nacimiento	12 meses
Al mes	15 meses
2 meses	18 meses
4 meses	24 meses
6 meses	30 meses
9 meses	1 vez al año entre los 3 y los 20 años

Las consultas por enfermedad no reemplazan las consultas de detección de rutina.
Los niños necesitan vacunas que ayudan a su organismo a combatir las enfermedades. Cada vacuna combate una enfermedad diferente.

Los niños deben tener un registro de estas vacunas para poder comenzar la escuela. Es posible que deba brindar esta información cuando inscriba a sus hijos en la escuela. Los niños deben recibir cada vacuna a las edades indicadas en la tabla a continuación. Algunas vacunas deben aplicarse más de una vez.

Tabla de inmunizaciones (vacunas)

Edad	Vacuna
Poco después del nacimiento	Hepatitis B, n.º 1
Entre 1 y 2 meses	Hepatitis B, n.º 2
2 meses	Difteria, tétanos, tos ferina acelular (DTaP), n.º 1 Haemophilus influenzae tipo B (Hib), n.º 1; poliomielitis inactivada (IPV), n.º 1; antineumocócica conjugada (PCV13), n.º 1; rotavirus, n.º1
4 meses	Difteria, tétanos, tos ferina acelular (DTaP), n.º 2 Haemophilus influenzae tipo B (Hib), n.º 2; poliovirus inactivada (IPV), n.º 2; antineumocócica conjugada (PCV13), n.º 2; rotavirus, n.º 2
6 meses	Difteria, tétanos, tos ferina acelular (DTaP), n.º 3; antineumocócica conjugada (PCV13), n.º 3
Entre 6 y 18 meses	Hepatitis B, n.º 3; rotavirus, si es necesario; poliomielitis inactivada (IPV), n.º 3
Entre 6 y 36 meses	Influenza (gripe): Una vez al año desde los 6 meses de edad
Entre los 12 y 15 meses	Haemophilus influenzae tipo B (Hib), n.º 3; sarampión, paperas y rubéola (MMR), n.º 1; antineumocócica conjugada (PCV13), n.º 4; varicela, n.º 1
Entre 12 y 23 meses	Hepatitis A n.º 1 y hepatitis A n.º 2
Entre 15 y 18 meses	Difteria, tétanos, tos ferina acelular (DTaP), n.º 4
Después de los 2 años para determinados grupos de alto riesgo	Antineumocócica de polisacáridos (PPV)
4 a 6 años	Varicela, n.º 2; difteria, tétanos, tos ferina acelular (DTaP), n.º 5; poliomielitis inactivada (IPV), n.º 4; sarampión, paperas y rubéola (MMR), n.º 2

11 a 18 años	Tétanos, difteria, tos ferina acelular (Tdap); antimeningocócica conjugada, n.º 1
11 a 18 años	Virus del papiloma humano (VPH), serie de 2 o 3 dosis

Para conocer otras pautas, consulte las Pautas de inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en **https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html.** Para obtener más información sobre las vacunas contra la COVID-19, visite: **https://www.cdc.gov/covid/vaccines/index.html.**

Autorización de servicio y acciones

Beneficios ofrecidos por el estado

Aetna Better Health of Kentucky seguirá ofreciendo la mayoría de los servicios de Medicaid. Medicaid de Kentucky seguirá ofreciendo algunos servicios. Usted usará su tarjeta de identificación de Medicaid para los servicios. Estos servicios son los siguientes:

- Primeros Pasos: Un programa que ayuda a niños con discapacidades del desarrollo desde el nacimiento hasta los 3 años y a sus familias, y ofrece servicios mediante una variedad de agencias comunitarias. Llame al 1-877-417-8377 o al 1-877-41-STEPS para obtener más información.
- HANDS (Servicios de desarrollo de nutrición y acceso a la salud): Este es un programa de visitas voluntarias al hogar para padres primerizos y futuros padres. Póngase en contacto con su departamento de salud local para obtener más información y conocer sobre los recursos.
- Transporte médico que no sea de emergencia: Si no puede encontrar una manera de llegar a su cita de atención médica, es posible que pueda obtener servicios de traslado de una compañía de transporte. Llame al 1-888-941-7433 para recibir ayuda o visite **https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/provider/Pages/nemt.aspx** para obtener una lista de agentes o compañías de transporte y cómo contactarlos.
- Servicios para niños escolarizados: Estos servicios son para niños entre 3 y 21 años que son elegibles según la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) y tienen un Plan de educación individualizado (IEP). Estos servicios incluyen terapia del habla, terapia ocupacional, fisioterapia y servicios de salud conductual (mental). Llame al **502-564-9444** para obtener más información.

Servicios de acceso directo

Acceso directo a la atención significa que puede obtener los servicios cubiertos que se indican a continuación de cualquier proveedor de Aetna Better Health que elija sin necesidad de obtener una remisión.

- Servicios de la vista de atención primaria, incluidos un par de anteojos para adultos cada año; también incluye el ajuste.
- Servicios y evaluaciones de atención dental primaria y cirugía oral.
- Planificación familiar.
- Atención de maternidad para miembros menores de 18 años.
- Inmunizaciones para miembros de 19 años y mayores en una farmacia o un departamento de salud.
- Pruebas de detección, evaluación y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual disponibles con su PCP o departamentos de salud pública.
- Pruebas de detección, evaluación y tratamiento de tuberculosis.
- Pruebas de detección de VIH, afecciones relacionadas con el VIH y otras enfermedades contagiosas.
- Servicios de quiropráctica.
- Especialistas en salud de la mujer.

Los miembros con necesidades especiales de atención médica no tienen límites en el acceso directo a un especialista.

Autorización previa y plazos

Aetna Better Health debe aprobar algunos suministros y servicios de atención médica antes de que usted los reciba. Esto se denomina autorización previa. Aetna Better Health cumple con las pautas reconocidas a nivel nacional para la atención médica que su proveedor sugiere.

Estas pautas se utilizan para tomar decisiones de autorización previa. Algunos servicios que necesitan autorización previa se mencionan a continuación. Su proveedor puede obtener una lista completa de los servicios que necesitan autorización previa en el portal del proveedor de Aetna Better Health. Esta lista puede cambiar ocasionalmente. Para solicitar la lista más actual, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528,** de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

Lista de autorización previa

Su proveedor debe controlar si se requiere una autorización previa antes de proporcionarle un servicio. Algunos de los productos que requieren autorización previa son los siguientes:

- Todos los servicios para pacientes internados, incluidos los psiquiátricos, los centros de atención de enfermería especializada y la rehabilitación.
- Todos los servicios de salud física proporcionados en el hogar.
- Todos los servicios administrados por proveedores de Medicaid que no están en nuestra red (excepto en emergencias).
- Compra de equipos médicos duraderos, prótesis y suministros que cuesten más de $500.

- Alquileres de equipo médico duradero.
- Anestesia dental (en un centro para pacientes externos).
- Servicios de trasplante, incluida una evaluación de trasplante*.
- Algunos servicios de salud conductual y para el abuso de sustancias (no en casos de emergencia).
- Todas las fórmulas enterales y alimentos metabólicos.
- Algunos servicios de la vista.
- Algunos servicios dentales.
- Consultas quiroprácticas después de las primeras 12.
- Algunos servicios de radiología (tomografía computada, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones).
- Servicios de cardiología.
- La mayoría de los procedimientos quirúrgicos.
- Servicios de manejo del dolor.
- Fisioterapia.

* Es posible que un proveedor de la red de Aetna Better Health no esté en la red de trasplantes. Trabaje con su administrador de casos de trasplante de Aetna Better Health para elegir un proveedor.

La siguiente tabla muestra los plazos usados cuando tomamos la decisión sobre la autorización previa.

Tipo de decisión	Decisión	Notificación inicial	Método de notificación
Autorización previa urgente	1 día hábil a partir de la recepción de la solicitud*	24 horas a partir de la recepción de la solicitud	Oral o escrito, según el tipo de notificación
Autorización previa no urgente	1 día hábil a partir de la recepción de la solicitud*	24 horas a partir de la recepción de la solicitud	Oral o escrito, según el tipo de notificación

* Los plazos para la toma de decisiones y el envío de las notificaciones pueden extenderse si se necesita información adicional para procesar la solicitud.
Si necesitamos más información para tomar una decisión, se la pediremos a su proveedor dentro de los plazos establecidos en la tabla anterior. El proveedor tiene 14 días para presentar la información adicional para las solicitudes de autorización previa. También notificaremos a nuestros miembros sobre las solicitudes de información adicional en la fecha en la que se la solicitemos al proveedor.

- Si el proveedor envía la información adicional dentro de los 14 días, aprobaremos o denegaremos los servicios y se lo notificaremos al PCP y al proveedor solicitante del miembro de acuerdo con los plazos establecidos en la tabla anterior.
- Si no recibimos la información solicitada en un plazo de 14 días, aprobaremos o denegaremos los servicios de acuerdo con la información disponible y se lo notificaremos al miembro, al PCP y al proveedor solicitante del miembro de acuerdo con los plazos establecidos en la tabla anterior.

Apelaciones y quejas

Asegúrese de leer esta sección. Es importante que sepa cómo informarnos si no está satisfecho. Los pasos a seguir son los siguientes.

Reclamos (quejas)

Usted puede presentar un reclamo en cualquier momento si no está conforme con nuestro servicio. Presentar un reclamo significa que nos informa sobre los servicios con los que no está conforme. Puede llamarnos al siguiente número o escribirnos a la siguiente dirección en cualquier momento. Nuestro número de teléfono es **1-855-300-5528**. Nuestro horario de atención es de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este). Atendemos de lunes a viernes.

Si desea escribirnos sobre su problema, la carta debe incluir lo siguiente:

- Su nombre
- Su número de identificación de miembro
- Su dirección de correo postal y número de teléfono
- Una descripción sobre lo que le molesta y cómo le gustaría que lo solucionemos
- También puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre. Esta persona es su representante autorizado. Esta persona puede ser:
    - Su proveedor
    - Su tutor legal
    - Un pariente
    - Un amigo
    - Un abogado
    - Otra persona

Debe darle permiso por escrito a la persona para permitirle presentar un reclamo en su nombre. Envíe su carta a la dirección que aparece a continuación:

Complaint and Appeal Department
Aetna Better Health
Attn: Complaint and Appeal
Department PO Box 81139
5801 Postal Rd
Cleveland, OH 44181

También puede llamarnos al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este). Le enviaremos una carta en la que le informaremos que recibimos su reclamo dentro de los 5 días hábiles. Le enviaremos una carta para informarle lo que hicimos sobre su problema dentro de los 30 días calendario desde la fecha en que recibimos su carta o llamada. Nunca lo castigaremos ni lo discriminaremos a usted ni a su proveedor, ni tomaremos una medida negativa en su contra, por presentar algún tipo de apelación o reclamo.

Apelaciones

Si Aetna Better Health toma una decisión con la que usted no está de acuerdo, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que desea que revisemos una decisión que tomamos sobre su atención. Llámenos o envíenos su apelación por correo. Si quiere llamarnos, nuestro número de teléfono es **1-855-300-5528**. Atendemos de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este). También puede enviar por correo su apelación a la dirección que aparece a continuación. Debe enviarnos su carta o llamarnos dentro de los 60 días calendario desde el día en que recibió la carta de denegación. Por correo a:

Aetna Better Health
Attn: Complaint and Appeal
Department PO Box 81139
5801 Postal Rd
Cleveland, OH 44181

Si nos llama para informarnos sobre su apelación, también necesitaremos que nos envíe una apelación por escrito. Cuando nos llame, podemos enviarle un formulario para completar. Puede completar el formulario o simplemente escribirnos una carta. Cuando enviemos el formulario, también incluiremos un sobre con franqueo pagado para que utilice. Debe enviarnos la carta o el formulario dentro de los 10 días calendario desde la fecha de la carta que viene con el formulario.

Asegúrese de informarnos en su carta todos los detalles que quiere que consideremos en la revisión de su apelación, incluso por qué cree que debemos cambiar nuestra decisión. Su carta también debe incluir lo siguiente:

- Su nombre, número de teléfono, número de identificación de miembro y dirección de correo postal.
- El nombre de su médico.
- La fecha del servicio que desea.
- Cualquier información o documento que tenga que podría ayudarnos a cambiar de opinión dentro de un período razonable. Le informaremos el plazo en la carta de confirmación de su apelación.
- Si usted o su representante desean ver el expediente del caso, los registros médicos o cualquier otro documento o registro, pueden solicitar una copia sin cargo en cualquier momento antes del proceso de apelación o durante el proceso.

Puede presentar la apelación usted mismo o pedirle a alguien que la presente por usted. Puede elegir a cualquier persona que quiera, incluso un amigo, su médico, un tutor legal, un pariente o un abogado. Si elige que una persona presente la apelación en su nombre, esa persona es su representante autorizado.

Debe escribirnos una nota con el nombre de la persona que actuará en su nombre. Asegúrese de firmarla.

También puede completar un formulario de consentimiento para permitir que la persona que usted elija actúe en su nombre como su representante. Le enviaremos el formulario. Simplemente llámenos al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

Luego de recibir su apelación, le enviaremos una carta en un plazo de 5 días hábiles para informarle que la recibimos. En la carta, le diremos cómo puede participar en una reunión para hablar sobre su apelación. La carta incluirá la fecha de una reunión de apelación. Esta fecha es cuando revisaremos su caso. Cuando nos envíe su carta, díganos si desea asistir a la reunión de apelación. Puede participar en persona o por teléfono. Por lo menos una persona que no haya estado involucrada en la primera decisión de denegar el servicio revisará la apelación. Si su apelación es sobre algo médico, un médico autorizado también examinará su caso.

El médico que examine su caso entenderá sobre el tipo de atención que usted necesita. Si su apelación no es sobre algo médico, se denomina “apelación administrativa”. Un comité que incluya por lo menos a un médico evaluará el caso durante la reunión.

En la mayoría de los casos, tomaremos una decisión sobre su apelación dentro de los 30 días calendario desde la fecha en que la recibamos. Es posible que necesitemos 14 días más para completar su caso. Solo tomamos tiempo adicional si es lo mejor para usted. Le enviaremos una carta, al menos, dos días antes de la fecha en que su apelación debería terminar para informarle si necesitamos el tiempo adicional.

Puede presentar un reclamo si no está de acuerdo en que utilicemos el tiempo adicional. También puede pedirnos que demoremos su apelación 14 días más si necesita tiempo adicional para brindarnos más detalles.

Apelaciones aceleradas (más rápidas)

Existe un proceso de apelación rápida llamado “apelación acelerada”. Puede solicitar una apelación acelerada si su vida o salud podrían estar en riesgo si tomamos el tiempo normal para completar su apelación. Para informarnos si necesita una apelación acelerada, llámenos al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este). No debe presentar una solicitud de apelación acelerada por escrito.

Si su solicitud de una apelación acelerada cumple con las pautas, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas desde que recibimos su solicitud. Si encuentra más información que quiere enviarnos para la revisión de su apelación después de que solicita una apelación acelerada, tiene 24 horas para que la recibamos. Si no se aprueba su solicitud de acelerar la

apelación, le llamaremos para informárselo. Luego, procesaremos su apelación como una apelación normal.

Le enviaremos una decisión sobre el caso en un plazo de 30 días calendario. Puede solicitar otros 14 días calendario para brindarnos más información. Aetna Better Health también puede necesitar más información. Le enviaremos un aviso si hay una demora que usted no solicitó.

Nunca lo castigaremos ni lo discriminaremos a usted ni a su proveedor, ni tomaremos una medida negativa en su contra, por presentar algún tipo de apelación o reclamo.

Si no puede presentar una apelación o un reclamo por escrito usted mismo, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros. Tomaremos la información y completaremos el reclamo o la apelación por usted. El Departamento de Servicios para Miembros puede brindar copias gratuitas de la información sobre su reclamo o apelación.

Si cambiamos nuestra decisión después de revisar su apelación o apelación acelerada, aprobaremos su solicitud dentro de las 72 horas de la decisión.

Apelaciones del proveedor

Su proveedor también tiene el derecho de apelar y solicitar revisión adicional de una decisión con la que no esté de acuerdo. La ley estatal y las políticas del Departamento de Servicios de Medicaid de Kentucky determinan estos derechos y procedimientos.

Consulte nuestro sitio web en**AetnaBetterHealth.com/Kentucky** o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su apelación, puede enviarle una carta al estado para pedirle que examine su caso. Esto es una audiencia imparcial del estado. Las normas del estado indican que usted debe esperar a que termine su apelación antes de tener una audiencia imparcial del estado.

Sus beneficios durante el proceso de apelaciones o de audiencia imparcial del estado

Cuando solicita una apelación, puede seguir recibiendo sus beneficios. Si quiere seguir recibiendo sus beneficios, debe informárnoslo enviándonos una carta o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

Debemos recibir su carta en un plazo de 10 días desde la fecha en la carta de la decisión que le enviamos antes de la apelación. También puede seguir recibiendo sus beneficios durante la audiencia imparcial del estado. Si quiere seguir con sus beneficios, debe informárnoslo enviándonos una carta o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

Debe informarnos en un plazo de 10 días desde la fecha en la carta de la decisión que le enviamos al final de su apelación.

Puede solicitar que continuemos con sus beneficios si sucede lo siguiente:

- Nos escribe o llama para solicitar una extensión de sus beneficios.
- Su apelación es sobre un servicio que detuvimos (de manera temporal o permanente) o un servicio que fue autorizado antes, pero que ahora se ha reducido.
- Un proveedor autorizado solicitó el servicio.
- El período de autorización no se ha vencido para el servicio.

Aetna Better Health Attention:
Complaint and Appeal Department
9900 Corporate Campus Dr., Suite 1000
Louisville, KY 40223

Si necesita más información sobre los tipos de servicios cubiertos o sobre la necesidad de aprobación de los servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528,** de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

En la audiencia imparcial del estado, si el funcionario de audiencias no está de acuerdo con su reclamación y deniega su solicitud, es posible que deba pagar para que continúen los servicios. No deberá pagar hasta que la decisión de la audiencia imparcial del estado sea final.

Nunca lo castigaremos ni lo discriminaremos a usted ni a su proveedor, ni tomaremos una medida negativa en su contra, por presentar algún tipo de apelación, audiencia imparcial del estado o reclamo.

Audiencias imparciales del estado

Para reunir los requisitos para una audiencia imparcial del estado, su carta debe cumplir con lo siguiente:

- Debe enviarse o presentarse dentro de los 120 días desde la fecha de la carta de determinación sobre la apelación más reciente que le hayamos enviado.
- Debe explicar por qué necesita una audiencia imparcial del estado.
- Debe indicar la fecha del servicio y el tipo de servicio que hemos denegado.
- Incluya una copia de la última carta de la decisión de la apelación que recibió de nosotros.

Un empleado del estado, llamado funcionario de audiencias, está a cargo de su audiencia imparcial del estado. El funcionario de audiencias le enviará una carta con la fecha y hora de su audiencia. La carta también explicará el proceso de audiencia. Si no desea o no puede hablar por usted mismo, puede elegir a alguien para que hable por usted en la audiencia.

Si completó un formulario de consentimiento para la apelación, esa persona podrá hablar en su nombre. Si no lo completó, aún puede llamarnos para obtener uno para la audiencia imparcial del estado.

Para solicitar una audiencia imparcial del estado, debe enviar su carta a la siguiente dirección:

Office of the Ombudsman and Administrative Review
Attn: Medicaid Appeals and Reconsiderations
275 East Main Street, 2E-O
Frankfort, KY 40621

Usted puede solicitar la audiencia imparcial del estado o pedirle a alguien que lo haga por usted. Puede elegir a cualquier persona que quiera para que hable por usted, incluso a un amigo, su médico, un tutor legal, un pariente o un abogado. Si elige que una persona realice la audiencia imparcial del estado en su nombre, esa persona es su representante autorizado. Si no lo hizo durante la apelación, debe completar un formulario de consentimiento para permitir que alguien más hable por usted.

Parte 3: Otros. Instrucciones anticipadas

Usted tiene el derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. Las instrucciones anticipadas documentan sus decisiones de atención médica cuando usted no puede hablar por sí mismo. Le indican al proveedor cuáles son sus deseos de atención médica futura si usted está demasiado enfermo para notificarlos. Este es el único caso en que se usan las instrucciones anticipadas. Su proveedor tiene la responsabilidad de analizar con usted las instrucciones médicas anticipadas en la primera cita médica y de documentar esa conversación en su registro médico.

Las instrucciones anticipadas pueden incluir un testamento vital o un poder de representación duradero para la atención médica. Las instrucciones anticipadas se incluyen en su registro médico. Debe indicarle a su proveedor si tiene alguna creencia moral o religiosa que le impida dejar instrucciones anticipadas.

Su médico u otro proveedor de atención médica deben anotar sus objeciones a dejar instrucciones anticipadas y agregarlas a sus registros médicos.

Los miembros deben hacer lo siguiente cuando preparan instrucciones anticipadas:

- Firmar y fechar la instrucción anticipada.
- Obtener la firma de dos (2) testigos, de acuerdo con la ley estatal.
- Brindarle una copia de las instrucciones anticipadas a su médico para que pueda agregarla a su registro médico.
- Guardar una copia propia.
- Llevar una copia cuando vaya al hospital o la sala de emergencias.

Aetna Better Health le informará en un plazo de 90 días si cambian las normas sobre las instrucciones anticipadas. Usted o un representante autorizado pueden presentar un reclamo si no se cumplen sus instrucciones anticipadas. Puede enviar su reclamo a la siguiente dirección:

Director, Division of Health Care Cabinet for Health and Family Services
275 East Main Street, 5 E-A
Frankfort, KY 40621-0001
o
Inspector General
Cabinet for Health and Family
Services 275 East Main Street,
5 E-A Frankfort, KY 40621-0001

Fraude, uso indebido y abuso

Fraude y abuso de los miembros

Lo siguiente se puede considerar fraude a Medicaid:

- Mentir u ocultar información cuando se inscribe para ser miembro de Medicaid de Kentucky o el KCHIP.
- Permitir que un tercero utilice su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.
- No informar a la Administración del Seguro Social (SSA) o el Departamento de servicios basados en la comunidad (DCBS) sobre cambios en su estado familiar y de ingresos.
- No informar a Medicaid de Kentucky si tiene otro seguro.

Lo siguiente se puede considerar abuso de Medicaid:

- Acudir demasiado a la sala de emergencias por afecciones que no son emergencias.
- Utilizar analgésicos que no necesita.
- Obtener medicamentos con receta que no necesita.

Si comete fraude de Medicaid, usted:

- Debe devolver a Medicaid el dinero que pagó para que usted reciba servicios.
- Podría ser procesado por un delito e ir a prisión.
- Podría perder sus beneficios de Medicaid de Kentucky hasta por un año.

Fraude de los proveedores

Los proveedores pueden cometer fraude de muchas maneras diferentes. El fraude de los proveedores, como el fraude de los miembros, le quita dinero a aquellos que lo necesitan. Debido a este fraude, hay menos dinero para tratar a los miembros que necesitan ayuda médica. Usted puede ayudar a detener el fraude de los proveedores. Lleve un registro de lo siguiente:

- Los servicios médicos que recibe.
- Cuándo y dónde recibe los servicios.
- El nombre de la persona que lo atiende.
- Cualquier otro servicio que solicite el proveedor.
- Algunos ejemplos de fraude de proveedores son los siguientes:
    - Facturar servicios que no se brindaron.
    - Programar una cita para otra consulta en el consultorio cuando no la necesita.
    - Realizar radiografías, análisis de sangre, etc, que no necesita.
    - Facturar servicios que en realidad brindó otra persona en el consultorio (cobrar demasiado por esos servicios).
    - Facturar más tiempo del que duró el servicio.
    - Agregar nombres adicionales a su factura (por ejemplo, el de un familiar) y facturar por ellos.
    - Aceptar dinero de otro proveedor por remitirle pacientes.

Denunciar el fraude de Medicaid

Si cree que alguien ha cometido fraude o abuso de Medicaid, llame a la línea directa de fraude y abuso de Medicaid al **1-800-372-2970** o al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-300-5528.**
Todo lo que usted dice es de carácter confidencial.

Responsabilidad de terceros (TPL)

Debemos saber si tiene otro seguro de salud junto con Medicaid. Comuníquese con Aetna Better Health of Kentucky si tiene otra cobertura de seguro o si perdió la cobertura de seguro de otro plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Kentucky al **1-855-300-5528**.
Cuando tiene otro seguro de salud, su proveedor siempre debe facturarle a ese seguro de salud primero. Medicaid siempre paga último. Esto se denomina responsabilidad de terceros (TPL). Si Aetna Better Health of Kentucky paga la factura cuando tiene otro seguro de salud, su otro seguro de salud tendrá que devolver el dinero.
Si presenta una demanda o recupera los gastos de cualquier otra fuente, usted o su abogado debe notificar a Aetna Better Health of Kentucky. Si tiene alguna pregunta sobre la TPL, llame al **1-855-300-5528**.
Los siguientes son ejemplos de otros seguros:

- Seguro de salud personal
- Cobertura para veteranos
- Compensación laboral
- Seguro automotriz para cubrir lesiones por un accidente automovilístico
- Recuperar gastos de una demanda o de otra fuente por una lesión, enfermedad o discapacidad
- Seguro que le paga si tiene cáncer, enfermedad cardíaca y otras discapacidades
- Pólizas de seguro de salud para estudiantes
- Pólizas de seguro de salud para deportistas
- Medicare

Informar accidentes

También debe informar si sufre una lesión en el trabajo o tiene un accidente. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health al **1-855-300-5528 (TTY 711),** de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del este).

Números de teléfono y sitios web importantes

Agencia	Dirección web
kynect	**1-844-407-8398** **https://kynect.ky.gov/**
Centro de atención telefónica de MedImpact (farmacia)	**1-800-210-7628**
Departamento de Servicios de Medicaid (DMS)	**1-800-635-2570** **https://chfs.ky.gov/agencies/dms/Pages/default.aspx**
Oficina de Fraude y Abuso de Medicaid del Procurador General de Kentucky	**https://ag.ky.gov/about/branches/OMFA**
Departamento de Servicios de Medicaid (DMS), Fraude y Abuso	**1-800-372-2970** **https://chfs.ky.gov/agencies/dms/dpi/Pages/fraud-abuse.aspx**
Departamento de Servicios Basados en la Comunidad (DCBS) de Kentucky	**1-855-306-8959** **Fax: 502-573-2007** **https://prdweb.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx**
Plan de seguro de salud para niños de Kentucky (KCHIP)	**1-877-524-4718** **1-800-662-5397 en español** **https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx**
Seguro Social	**1-800-772-1213** **http://www.ssa.gov**
Oficina del defensor del pueblo de Medicaid	**1-866-KYOMBUD (596-5283)** **o al 866-596-6283** **https://chfs.ky.gov/agencies/os/omb/Pages/default.aspx**
Abuso de menores y adultos	**1-800-752-6200**
National Domestic Violence Hotline	**1-800-799-SAFE (7233)**

Programa del defensor del pueblo de cuidado administrado de Medicaid

La Oficina del Defensor del Pueblo de la Mancomunidad

El programa del defensor del pueblo se asegura de que las personas que utilizan varios servicios públicos sean tratadas de manera justa. La oficina del defensor del pueblo responde preguntas, evalúa reclamos y trabaja para resolverlos. Para obtener más información o ayuda, llame a la oficina del defensor del pueblo al **1-866-KYOMBUD (596-5283) o al 866-596-6283.** También puede escribir al defensor del pueblo a la dirección que aparece a continuación:

The Office of the Ombudsman
Commonwealth Office of the
Ombudsman
209 St. Clair Street, Frankfort,
Kentucky 40601

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)

Su información de salud es personal. La HIPAA le concede el derecho de controlar su información personal de salud (PHI). Toda información de salud que se pueda utilizar para identificarlo es información de salud protegida.
Cualquier persona que participe en su atención médica puede ver su PHI. Todas las personas que manejan su información médica están legalmente obligadas a proteger la privacidad de su PHI. Cualquier persona que use su PHI de manera incorrecta es responsable de ello. La PHI se puede usar legalmente de determinadas maneras. Un proveedor que lo esté tratando puede verla como parte de su atención y tratamiento.

Usted puede decidir permitir que las personas utilicen su PHI si lo considera necesario. Si decide dejar que otra persona use su PHI, debe escribir una carta detallada en la que indique que dicha persona está autorizada a hacerlo. Una persona debe tener una declaración por escrito para solicitar su PHI, incluso si es un cónyuge o un familiar.

¿Dónde envío mis preguntas?

Si tiene preguntas sobre la HIPAA y la PHI, comuníquese por escrito con el funcionario de privacidad de Aetna Better Health of Kentucky. La dirección es:

Aetna Better Health of Kentucky
Attn: Privacy Officer
9900 Corporate Campus Dr.
Suite 1000
Louisville, KY 40223

Reclamos:
Si considera que su PHI ha sido usada de forma incorrecta, puede hacer un reclamo. La dirección es:

Centralized Case Management
Operations U.S. Department of
Health and Human Services
200 Independence Avenue,
S.W. Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

Puede llamar al Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos al 1-877-696-6775. También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles de los Estados Unidos al 1-866-OCR-PRIV (1-866-627-7748) o al 1-866-788-4989 (TTY).

Para presentar un reclamo por vía electrónica, visite: **https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html**

Aviso sobre prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder a esta información. Revíselo detenidamente. Este aviso entró en vigencia el 1 de febrero de 2016.

A qué nos referimos cuando decimos "información de salud"[1]

Empleamos la frase "información de salud" cuando nos referimos a información que lo identifica. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Su nombre
- Su fecha de nacimiento
- Atención médica recibida
- Montos pagados por la atención

Cómo utilizamos y compartimos su información de salud

Como ayuda para cuidar de usted: podemos utilizar su información de salud para ayudar con su atención médica. También la utilizamos para decidir qué servicios están cubiertos por sus beneficios. Podemos decirle qué servicios puede obtener, como controles o exámenes médicos. También podemos recordarle sus citas. Podemos compartir su información de salud con otras personas que le brindan atención, como médicos o farmacias. Si ya no forma parte de nuestro plan, con su permiso, podemos darle su información de salud al nuevo médico.

Con familiares y amigos: podemos compartir su información de salud con alguien que le brinde ayuda. Es posible que se trate de personas que le ayuden con su atención o a pagar por ella. Por ejemplo, si usted sufre un accidente, es posible que necesitemos hablar con una de estas personas. Llámenos si no desea que divulguemos su información de salud.

Llámenos si es menor de dieciocho años y no desea que divulguemos su información de salud a sus padres. Podemos brindar ayuda en algunos casos si lo permite la ley estatal.

Para el pago: es posible que les brindemos su información de salud a las personas que pagan su atención. Su médico debe entregarnos un formulario de reclamación que incluya su información de salud. Además, podemos utilizar su información de salud para revisar la atención que le brinda su médico. También podemos controlar los servicios de salud que usted utiliza.

En operaciones de atención médica: podemos utilizar su información de salud para hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos utilizar esta información para lo siguiente:
Promoción de la salud
Administración de atención
Mejora de la calidad
Prevención de fraude
Prevención de enfermedades
Asuntos legales

Un administrador de atención puede trabajar con su médico. Este puede informarle sobre programas o lugares que puedan ayudarlo con su problema de salud. Si nos llama para hacernos alguna pregunta, necesitamos consultar su información de salud para poder darle una respuesta.

Cómo compartimos su información con otras empresas

Es posible que compartamos su información de salud con otras empresas. Lo hacemos por los motivos que explicamos anteriormente. Por ejemplo, puede que el transporte esté cubierto en su plan. Entonces, es posible que compartamos su información de salud con los responsables del transporte para ayudarle a llegar al consultorio del médico. Les comunicaremos si usted está en una silla de ruedas con motor para que envíen una camioneta, en vez de un auto, para recogerlo.

Otros motivos por los que podríamos compartir su información de salud

También es posible que compartamos su información de salud por los siguientes motivos:

- **Seguridad pública**: Para brindar ayuda con asuntos como el abuso infantil y las amenazas a la salud pública.
- **Investigación**: Con los investigadores, luego de tomar los recaudos necesarios para proteger su información.
- **Socios comerciales**: Con las personas que nos brindan servicios, que prometen mantener la seguridad de su información.
- **Reglamentación de la industria**: A las agencias estatales y federales, que nos controlan para asegurarse de que estemos haciendo un buen trabajo.
- **Cumplimiento de la ley**: Con el personal de cumplimiento de las leyes federales, estatales y locales.
- **Acciones legales**: Con los tribunales por asuntos legales o demandas.

Información sobre raza/origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género

Es posible que obtengamos información relacionada con su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género. Protegemos esta información como se describe en este aviso. Usamos esta información para lo siguiente:

- Garantizar que usted reciba la atención que necesita.
- Crear programas para mejorar los resultados de salud.
- Elaborar materiales educativos sobre salud.
- Permitirles a los médicos conocer sus necesidades de idiomas.
- Abordar desigualdades en la atención médica.
- Indicarles los pronombres que usted prefiere a los médicos y al personal que interactúa con los miembros.

No usamos esta información para lo siguiente:

- Determinar beneficios.
- Pagar reclamaciones.
- Determinar costos y elegibilidad para acceder a los beneficios.
- Discriminar a los miembros por cualquier motivo.
- Decidir sobre la disponibilidad o el acceso a la atención médica o a los servicios administrativos.

Motivos por los que necesitaremos su autorización por escrito

Excepto en los casos mencionados anteriormente, le pediremos su autorización antes de utilizar o compartir su información de salud. Por ejemplo, le pediremos autorización:

- Por motivos de comercialización que no tienen ninguna relación con su plan de salud.
- Antes de compartir cualquier nota de psicoterapia.
- Para la venta de su información de salud.
- Por otros motivos requeridos por la ley.
- Puede retirar su autorización en cualquier momento. Para retirar su autorización, escríbanos. No podemos utilizar ni compartir su información genética cuando tomemos una decisión sobre brindarle un seguro de salud.

¿Cuáles son sus derechos?

- Tiene derecho a revisar su información de salud.
- Puede pedirnos una copia.
- Puede solicitar sus registros médicos.
- Llame al consultorio de su médico o al lugar donde recibió atención.
- Usted tiene derecho a solicitarnos que enmendemos su información de salud.
- Puede solicitarnos que enmendemos su información de salud si considera que es incorrecta.
- Si no estamos de acuerdo con la enmienda que usted pidió, solicítenos presentar una declaración escrita de desacuerdo.
- Tiene derecho a obtener una lista de las personas o los grupos con quienes hemos compartido su información de salud.
- Tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted de un modo privado.
- Si considera que el modo en el que nos comunicamos con usted no es lo suficientemente privado, llámenos.
- Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted de un modo que sea más privado.
- Tiene derecho a solicitarnos que tengamos un cuidado especial en cuanto al modo en que utilizamos o compartimos su información de salud.
- Es posible que utilicemos o compartamos su información de salud de las maneras que se describen en este aviso.
- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos su información de estas maneras. Esto incluye compartir la información con personas que estén involucradas en su atención médica.
- No tenemos la obligación de estar de acuerdo con esto, pero lo consideraremos con detenimiento.
- Tiene derecho a saber si se compartió su información de salud sin su autorización.
- Si esto ocurre, se lo informaremos por medio de una carta.

Llame al número gratuito **1-855-300-5528** para lo siguiente:

- Solicitarnos que hagamos algo de lo mencionado anteriormente.
- Solicitarnos una copia impresa de este aviso.
- Hacernos preguntas sobre este aviso.

También tiene derecho a enviarnos un reclamo. Si usted considera que se han infringido sus derechos, escríbanos a la siguiente dirección:
Aetna Better Health
Attention: Complaint and Appeal
Department 9900 Corporate Campus Dr, Ste
1000 Louisville, KY 40223

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Llámenos para pedirnos la dirección.

Si usted no está conforme y se lo comunica a la Oficina de Derechos Civiles, no perderá la membresía del plan ni los servicios de atención médica. No utilizaremos el reclamo en su contra. Nunca lo castigaremos ni lo discriminaremos a usted ni a su proveedor, ni tomaremos una medida negativa en su contra, por presentar algún tipo de apelación, audiencia imparcial del estado o reclamo.

Cómo protegemos su información

Protegemos su información de salud con procedimientos específicos, como los siguientes:

- Procedimiento administrativo: contamos con normas que establecen cómo debemos utilizar su información de salud, independientemente del formato en el que se encuentre, ya sea escrito, oral o electrónico.
- Procedimiento físico: su información de salud está protegida y guardada en lugares seguros. Protegemos los ingresos a nuestras instalaciones y los accesos a nuestras computadoras. Esto nos ayuda a bloquear los ingresos no autorizados.
- Técnicos: el acceso a su información de salud es “basado en roles”. Esto permite que únicamente las personas que deben hacer su trabajo y brindarle atención puedan acceder a la información.

Cumplimos todas las leyes federales y estatales para proteger su información de salud.

Si modificamos este aviso

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información de salud. Debemos cumplir con lo que se establece en este aviso.

También tenemos derecho a efectuar cambios en este aviso. Si lo hacemos, estos se aplicarán a toda su información que tengamos ahora u obtengamos en el futuro. Puede obtener una copia del aviso más reciente en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Kentucky**.

La discriminación es ilegal

Aetna Better Health of Kentucky cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aetna Better Health of Kentucky no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna Better Heath of Kentucky brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como los siguientes:

- Intérpretes de lengua de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)

Aetna Better Health of Kentucky también brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea inglés, tales como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con la División de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (Equal Employment Opportunity, EEO)/Cumplimiento de los Derechos Civiles. Si considera que **Aetna Better Heath of Kentucky** no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra forma por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a la siguiente dirección:

EEO/Civil Rights Compliance Branch
Cabinet for Health and Family
Services Office of Human
Resource Management
275 E. Main St, Mail Stop 5C-D
Frankfort, KY 40621
Teléfono: **502-564-7770**
Fax: **502-564-3129**

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, la División EEO/Cumplimiento de los Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en el sitio web, o bien puede hacerlo por correo o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services

Centralized Case Management
Operations U.S. Department of
Health and Human Services

200 Independence Avenue,
S.W. Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697
(TDD)

Los formularios de reclamos están disponibles en **https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint- process/index.html**.

Este manual está sujeto a cambios según la información que el Departamento de Servicios de Medicaid considere obligatoria. Para consultar la versión más actualizada de este Manual, visite: **https://www.aetnabetterhealth.com/Kentucky**

Multi-language Interpreter Services

ENGLISH: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card or **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

SPANISH: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

CHINESE: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電您的 ID 卡背面的電話號碼或 **1-800-385-4104** (TTY: **711**)。

GERMAN: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, können Sie unseren kostenlosen Sprachservice nutzen. Rufen Sie die Nummer auf der Rückseite Ihrer ID-Karte oder **1-800-385-4104** (TTY: **711**) an

VIETNAMESE: CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số có ở mặt sau thẻ ID của quý vị hoặc **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

ARABIC: ملاحظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، ستكون خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجانًا.

اتصل بالرقم الموجود في ظهر بطاقة التعريف أو **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

SERBO-CROATIAN: OBAVEŠTENJE: Ako govorite srpski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Pozovite broj na poleđini vaše identifikacione kartice ili broj **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

JAPANESE: 注意事項：日本語を話せる方は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。IDカード裏面に記載されている電話番号、または**1-800-385-4104** (TTY: **711**)までご連絡ください。

FRENCH: ATTENTION: si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité ou le **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

KOREAN: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드 뒷면에 있는 번호로나 **1-800-385-4104** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오.

KY-24-01-01 EN (rev 11/24)
GR-69746-15 SP (07-26)

PENN DUTCH: GEB ACHT: Wann du Deitsch Pennsilfaanisch Deitsch schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf die Nummer uff, ass hinne uff dei ID card iss, odder ruf 1-800-385-4104 (TTY: 711).

NEPAL: कृपया ध्यान दिनुहोस् : यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन् । तपाईंको परिचय-पत्रको पछाडि रहेको नम्बरमा वा 1-800-385-4104 (TTY: 711) मा कल गर्नुहोस् ।

OROMO (CUSHITE): HUBADHAA: Yoo Afaan Oromoo (Cushite) dubbattu taataniif deeggarsi afaanii bilisaa isiniif qophaa'eera. Gara lakkoofsa bilbilaa dudduuba Eenyummeessaa keessan irra jiruutti yookiin 1-800-385-4104 (TTY: 711) tti bilbilaa.

RUSSIAN: ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, отличном от английского, вам доступны бесплатные услуги перевода. Позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или по номеру 1-800-385-4104 (TTY: 711).

TAGALOG: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng wikang Tagalog, mayroon kang magagamit na mga libreng serbisyo para sa tulong sa wika. Tumawag sa numero na nasa likod ng iyong ID card o sa 1-800-385-4104 (TTY: 711).

KIRUNDI (BANTU): ICITONDERWA: Namba uvuga Ikirundi, serivisi zigufasha kugusigurira ururimi, ku buntu, ziraboneka ushobora kuzironswa. Hamagara inomero iri inyuma ku gakarata k’akarangamuntu kawe canke iyi nomero 1-800-385-4104 (TTY: 711).

KY-24-01-01 EN (rev 11/24)
GR-69746-15 SP (07-26)

Palabras clave/definiciones

- **Apelación**: Una apelación es un reclamo que usted presenta cuando quiere que cambiemos una decisión sobre su atención.
- **Niño(a)**: Un miembro menor de 18 años.
- **Copago**: Un monto de dinero que un miembro debe pagar por una consulta con un proveedor, un servicio o un medicamento con receta.
- **Equipo médico duradero**: Cualquier equipo que brinde un beneficio médico y tenga un propósito médico; lo indica un proveedor y se puede usar en el hogar. Incluyen productos como sillas de rueda, camas de hospital, sillas con orinal al lado de la cama, bastones, muletas, andadores, equipos de oxígeno portátil, monitores, nebulizadores, mantas o luces para tratar la bilirrubina.
- **Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)**: Este programa es para la atención médica preventiva y los controles de bienestar para niños menores de 21 años. Los controles de bienestar de EPSDT para niños incluyen pruebas de detección, vacunas y remisiones, según sea necesario.
- **Afección médica de emergencia**: síntomas graves que son tan intensos (incluido el dolor) que alguien sin capacitación médica (una persona prudente) con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que la falta de atención médica inmediata produzca lo siguiente:
  - Ponga en grave peligro la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del feto).
  - Cause una grave lesión a las funciones corporales.
  - Cause una grave lesión a un órgano o una parte del cuerpo.
- En relación con una mujer embarazada con contracciones:
  - No haya tiempo suficiente para un traslado seguro a otro hospital antes del parto o ese traslado pueda poner en riesgo la salud o la seguridad de la mujer o del feto.

- **Transporte médico de emergencia**: Llame al 911 en caso de emergencia.
- **Atención en la sala de emergencias**: Atención brindada en la sala de emergencias cuando está lesionado, tiene una enfermedad repentina o una enfermedad que empeora rápidamente.
- **Servicios de emergencia**: Incluyen todas las pruebas, análisis de laboratorio o servicios que tienen lugar durante la atención recibida en la sala de emergencias.
- **Servicios excluidos**: Servicios de atención médica que no están cubiertos por Aetna Better Health of Kentucky.
- **Atención de planificación familiar**: Este programa ofrece información sobre métodos anticonceptivos. Le ayuda a planificar el tamaño de su familia.

- **Formulario**: Una lista de ciertos medicamentos que están aprobados para su uso y cubiertos por un plan de salud.
- **Exclusión del formulario**: Un medicamento que no está cubierto por un plan de salud.
- **Queja**: Una queja es cuando escribe o llama para quejarse sobre un proveedor, el plan o el servicio. Una queja también se conoce como reclamo.
- **Servicios y dispositivos de habilitación**: Servicios o terapia que ayudan a una persona con discapacidades a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria. Estos servicios pueden prestarse tanto en entornos para pacientes internados como para pacientes externos.
- **Seguro de salud**: Un programa que brinda cobertura de salud sin costo o a bajo costo para algunas personas, familias y niños de bajos recursos, mujeres embarazadas, ancianos y personas con discapacidades.
- **Atención médica a domicilio**: Servicios de atención médica en el hogar.
- **Servicios de hospicio**: Servicios para brindar comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.
- **Hospitalización**: Atención en un hospital que requiere la internación en un hospital y, generalmente, una estadía por la noche. Una hospitalización durante la noche para observación se puede considerar atención para pacientes externos.
- **Atención hospitalaria para pacientes externos**: Atención en un hospital que, generalmente, no requiere una estadía por la noche.
- **Inmunización**: Consulte “Vacuna”.
- **Organización de cuidado administrado**: Una compañía de seguros que brinda servicios de salud de forma prepaga a través de una red de proveedores.
- **Medicaid:** Un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas de bajos ingresos y recursos limitados.
- **Médicamente necesario**: Servicios o suministros para diagnosticar, tratar, corregir o prevenir una enfermedad o lesión de un miembro. Aetna Better Health debe aceptar que la atención cumple todo lo siguiente:
  - La atención es correcta para los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento de la afección.
  - Sigue estándares de buenas prácticas médicas.
  - No solo es para la conveniencia del miembro, PCP, hospital, u otro proveedor de atención médica o cuidador.
  - El suministro o nivel de servicio correcto que se puede brindar de manera segura y efectiva, para los miembros en el hospital, también significa que los síntomas no pueden diagnosticarse o tratarse en forma segura fuera de un hospital.
  - Debe cumplir estándares nacionales, si corresponde.
- **Red de proveedores:** Una lista completa de todos los proveedores de atención médica que participan activamente en Aetna Better Health. El Directorio de proveedores se crea a partir de esta lista.
- **Proveedor no participante**: Un médico, hospital u otro centro autorizado, o proveedor de atención médica que no ha firmado un contrato con Aetna Better Health para brindarle servicios a los miembros.
- **Administrador de beneficios de farmacia**: Una organización que es responsable de administrar los servicios y beneficios de farmacia para un pagador.

- **Servicios médicos**: Servicios de atención médica que presta o coordina un médico con licencia (médico: M.D., o doctor especialista en medicina osteopática: D.O.).
- **Plan**: Un beneficio que le brinda su empleador, sindicato u otro patrocinador grupal para pagar sus servicios de atención médica.
- **Proveedor participante**: Un médico, hospital u otro centro autorizado, o proveedor de atención médica que ha firmado un contrato con Aetna Better Health para brindarles servicios a los miembros.
- **Preautorización**: Su proveedor de atención médica debe solicitarle a Aetna Better Health que apruebe ciertos servicios antes de que le brinden la atención. También llamada autorización previa.
- **Medicamento preferido**: Un medicamento que ha sido identificado por un plan de salud o el PBM como preferido porque es eficaz clínicamente y respecto al costo; por lo general, los medicamentos preferidos cuestan al beneficiario y al plan de salud menos que otros medicamentos de la misma clase terapéutica.
- **Lista de medicamentos preferidos (PDL):** Una lista de los medicamentos preferidos que están cubiertos por el plan de salud o el PBM.
- **Cobertura de medicamentos con receta**: Seguro o plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos con receta.
- **Medicamentos con receta**: Fármacos y medicamentos que, por ley, requieren una receta.
- **Proveedor de atención primaria (PCP)**: Su PCP es su hogar médico. El proveedor de Aetna Better Health que usted elige para que le brinde su atención médica primaria es su PCP. Su PCP coordina la mayoría de la atención que usted necesita. Los PCP se especializan en la práctica general, práctica familiar, medicina interna y pediatría. Las miembros mujeres de 13 años y mayores pueden elegir a un obstetra/ginecólogo como su PCP para que coordine la mayoría de la atención que necesitan.
- **Autorización previa:** Un proceso para aprobar productos o servicios antes de que un plan le pague a un proveedor; los medicamentos pueden requerir autorización previa cuando no están en el formulario del plan.
- **Proveedor**: Un médico, profesional en enfermería, especialista en enfermería clínica o auxiliar médico, según lo permitido por la ley estatal, que brinda servicios de atención médica a los pacientes.
- **Servicios y dispositivos de rehabilitación**: Servicios de atención médica que ayudan a una persona a conservar, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a que estaba enfermo, herido o discapacitado. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje, y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos para pacientes internados o externos.
- **Atención de enfermería especializada**: Servicios del personal de enfermería con licencia en su hogar o en un hogar de convalecencia.
- **Especialista:** Un médico especialista se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.
- **Tratamiento escalonado (ST)**: Algunos medicamentos no se aprueban a menos que se hayan probado otros antes. La cobertura del tratamiento escalonado requiere que se realice una prueba de otro medicamento antes de cubrir un medicamento solicitado.

- **Línea Informed Health disponible las 24 horas**: El personal puede responder preguntas específicas relacionadas con la salud o asesorarle respecto de qué hacer cuando necesite atención médica. La línea Informed Health está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana, llamando al **1-855-620-3924**.
- **Atención de urgencia**: Atención médicamente necesaria por una enfermedad o lesión imprevista que necesita antes de una consulta de rutina con su PCP.

AetnaBetterHealth.com/Kentucky

©2026 Aetna Inc.

aetna®

Aetna Better Health® of Kentucky