

# Viva con buena salud



## Aetna Better Health® of Pennsylvania Kids Manual del Miembro



Pennsylvania's Children's  
Health Insurance Program  
**We Cover All Kids.**



[AetnaBetterHealth.com/PA](https://AetnaBetterHealth.com/PA)

# Escriba los números importantes aquí

---

Número de identificación del miembro de su hijo

---

Números de identificación del miembro de sus demás hijos

---

Teléfono del proveedor de cuidado primario (PCP) de familia de su hijo

---

Teléfono del PCP de familia de sus demás hijos

---

Farmacia

---

Centro para el envenenamiento

**En caso de emergencia, llame al 911 o su línea directa de emergencia local.**

## ¿Tiene preguntas?

Llame a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447**

TDD **1-800-628-3323** (sólo para personas con impedimentos auditivos)

Visitenos a [aetnabetterhealth.com/pennsylvania](https://aetnabetterhealth.com/pennsylvania)

Si necesita este material en otro idioma, llame a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447**.

Este plan de cuidado administrado posiblemente no cubra todos los gastos médicos de su hijo. Lea el contrato del plan detenidamente para determinar qué servicios médicos están cubiertos. Para comunicarse con el plan, llame al **1-800-822-2447**.

Aetna es la marca utilizada para los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna. Este plan es provisto por Aetna Health Inc. (Aetna).

No todos los servicios médicos están cubiertos. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, exclusiones, limitaciones y condiciones de la cobertura. Las características y disponibilidad de un plan pueden variar por ubicación y están sujetos a cambios. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. Los proveedores que pertenecen a la red pueden cambiar sin aviso. Aetna no proporciona atención médica ni garantiza el acceso a servicios médicos. Si bien se cree que la información dada es precisa a la fecha de producción, está sujeta a cambios.



**AETNA BETTER HEALTH® KIDS**  
**Manual del Miembro**



**Programa de Seguro Médico para Niños**  
**[www.chipcoverspakids.com](http://www.chipcoverspakids.com)**



# Índice

|  |    |
|--|----|
| <b>¡Bienvenido!</b> .....  | 7  |
| <b>I. Elegibilidad e Inscripción</b> .....   | 9  |
| ¿Quién es elegible para CHIP?.....   | 9  |
| ¿Cómo puedo comprobar el estado de inscripción o elegibilidad de mi hijo?.....   | 9  |
| ¿Qué opciones de CHIP están disponibles?.....  | 9  |
| ¿Qué cambios debo informar durante el período de beneficios?.....  | 9  |
| ¿Cuándo recibiré la tarjeta de identificación de miembro de mi hijo?.....  | 9  |
| ¿Cuándo debe usar mi hijo su tarjeta de identificación?.....   | 9  |
| ¿Qué debo hacer si la tarjeta de identificación de mi hijo se pierde?.....   | 9  |
| ¿Puedo transferir la cobertura CHIP de mi hijo a una compañía de seguros CHIP diferente?.....  | 10 |
| ¿Puedo solicitar una reevaluación de elegibilidad durante un período de beneficios CHIP?.....  | 10 |
| ¿Cómo puedo agregar a otro hijo a la cobertura CHIP?.....  | 10 |
| ¿Puede una miembro de CHIP embarazada permanecer en CHIP?.....   | 10 |
| ¿Cómo se puede agregar el recién nacido de un miembro de CHIP a la cobertura CHIP?.....  | 10 |
| ¿Existe una lista de espera para CHIP?.....  | 10 |
| ¿Cuánto tiempo dura la cobertura CHIP de mi hijo?.....   | 10 |
| ¿Cómo puedo renovar la cobertura CHIP de mi hijo?.....   | 10 |
| ¿Por qué motivo puede finalizar la cobertura CHIP de mi hijo?.....   | 11 |
| ¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con los resultados de la determinación de elegibilidad o si la cobertura CHIP de mi hijo finaliza?.....  | 12 |
| <b>II. Derechos y responsabilidades del miembro</b> .....  | 12 |
| Derechos del miembro .....   | 12 |
| Responsabilidades del miembro .....  | 13 |
| <b>III. Servicios al Miembro</b> .....   | 14 |
| ¿Puede ayudarme Servicios al Miembro si hablo un idioma extranjero?.....   | 14 |
| ¿A qué número debo llamar si tengo impedimentos auditivos?.....  | 15 |
| ¿Cómo puede ayudarme Servicios al Miembro si tengo impedimentos de la vista?.....  | 15 |
| <b>IV. Proveedor de atención primaria</b> .....  | 16 |
| ¿Qué papel desempeña un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) en la atención médica de mi hijo?.....                       | 16 |
| ¿Qué ocurre si el PCP actual de mi hijo no es un proveedor participante?.....  | 16 |
| ¿Cómo elijo el PCP de mi hijo?.....  | 16 |
| ¿Cómo cambio el PCP de mi hijo?.....   | 17 |
| <b>V. Proveedores especializados</b> .....   | 17 |
| ¿Qué debo hacer si creo que mi hijo necesita ver a un especialista?.....   | 17 |
| ¿Cómo puedo encontrar proveedores especialistas de la red?.....  | 17 |
| ¿Qué ocurre si el especialista actual de mi hijo es un proveedor no participante?.....   | 18 |
| ¿Qué ocurre si mi hija está embarazada y su obstetra/ginecólogo (OB/GIN) actual no es un proveedor participante?.....                            | 18 |
| ¿Cómo puede obtener mi hijo una segunda opinión?.....  | 18 |
| ¿Un especialista puede actuar como PCP de mi hijo?.....  | 18 |
| ¿Qué es continuidad de atención?.....  | 19 |
| ¿Cómo promueve Aetna Better Health Kids la continuidad de atención para mi hijo?.....  | 19 |
| ¿En qué circunstancias no se le permitiría a un proveedor brindar atención a mi hijo de acuerdo con la política de continuidad de atención?..... | 19 |



|   |    |
|---|----|
| <b>VI. Atención médica de emergencia</b> .....  | 19 |
| ¿Qué es una emergencia? .....   | 19 |
| Cómo obtener atención médica de emergencia .....  | 20 |
| ¿Qué es la atención de urgencia? .....  | 21 |
| ¿Qué es un centro médico de atención de urgencia? .....   | 21 |
| Atención en horas no laborables (no de emergencia) .....  | 21 |
| ¿Qué es un proveedor fuera de la red? .....   | 21 |
| ¿Qué es un centro médico fuera de la red? .....   | 21 |
| ¿Cómo puede acceder mi hijo a los servicios fuera de la red? .....  | 21 |
| ¿Cómo se pagan los reclamos por servicios fuera de la red? .....  | 22 |
| <b>VII. Sus costos para servicios cubiertos</b> .....   | 22 |
| ¿Qué son las primas y cuándo debo pagarlas? .....   | 22 |
| ¿Qué son los copagos y cuándo debo pagarlos? .....  | 22 |
| ¿Cuándo puedo recibir una factura de un proveedor? .....  | 22 |
| <b>VIII. Coordinación de beneficios</b> .....   | 23 |
| <b>IX. Subrogación</b> .....  | 23 |
| <b>X. Resumen de beneficios</b> .....   | 24 |
| <b>XI. Beneficios Médicos</b> .....   | 26 |
| Trastornos del espectro de autismo y servicios relacionados .....   | 26 |
| Servicios para diabéticos <sup>1</sup> .....  | 27 |
| Servicios de diagnóstico, laboratorio y radiología .....  | 27 |
| Equipo médico duradero .....  | 27 |
| Servicios de atención médica de emergencia .....  | 27 |
| Servicios de transporte de emergencia .....   | 28 |
| Servicios de planificación familiar .....   | 28 |
| Servicios de transición de género .....   | 28 |
| Servicios habilitantes .....  | 28 |
| Servicios de atención de audición .....   | 28 |
| Servicios de atención médica domiciliaria .....   | 29 |
| Servicios de hospicio .....   | 29 |
| Servicios hospitalarios: servicios de hospitalización, ambulatorios y de centro quirúrgico ambulatorio .....        | 29 |
| Servicios de cirugía reconstructiva por mastectomía y cáncer de mama .....  | 29 |
| Servicios de maternidad .....   | 30 |
| Alimentos médicos .....   | 31 |
| Cobertura de recién nacido para bebés nacidos de miembros de CHIP .....   | 31 |
| Servicios de cirugía oral .....   | 31 |
| Dispositivos ortóticos .....  | 31 |
| Suministros para ostomía .....  | 31 |
| Servicios de terapia médica ambulatorios .....  | 32 |
| Servicios de terapia de rehabilitación ambulatorios .....   | 32 |
| Servicios en el consultorio del proveedor de atención primaria .....  | 32 |
| Otros servicios preventivos .....   | 33 |
| Dispositivos protésicos .....   | 34 |
| Servicios de cirugía restaurativa o reconstructiva (diferentes de los servicios relacionados con mastectomía) ..... | 34 |
| Servicios de enfermería especializada en un centro hospitalario .....   | 34 |
| Servicios de médico especialista .....  | 34 |
| Servicios de trasplantes .....  | 34 |

|   |           |
|---|-----------|
| Servicios de atención de urgencia .....   | 35        |
| Suministros para urología.....  | 35        |
| Servicios de salud para la mujer .....  | 35        |
| Contracepción.....  | 35        |
| Mamografías.....  | 36        |
| Amamantamiento.....   | 36        |
| Pruebas de osteoporosis (Ensayos de densidad mineral ósea - BMDT).....                        | 36        |
| Ensayos clínicos aprobados.....   | 36        |
| <b>XII. Beneficios de farmacia.....</b>   | <b>36</b> |
| ¿Están cubiertos los medicamentos de marca? .....   | 37        |
| ¿Están cubiertos los medicamentos de venta libre? .....                                       | 37        |
| <b>XIII. Beneficios de salud mental.....</b>  | <b>37</b> |
| ¿Quién puede brindarle servicios de salud mental a mi hijo?.....                              | 37        |
| ¿Mi hijo necesita un referido médico para ver a un especialista de salud mental? .....        | 37        |
| ¿Qué ocurre si mi hijo tiene una emergencia de la salud mental? .....                         | 37        |
| ¿Los servicios de la salud mental ambulatorios necesitan autorización previa? .....           | 38        |
| ¿Qué beneficios de la salud mental ambulatorios están cubiertos?.....                         | 38        |
| <b>XIV. Beneficios por abuso de sustancias.....</b>   | <b>38</b> |
| ¿De quién puede recibir mi hijo servicios por abuso de sustancias?.....                       | 38        |
| ¿Mi hijo necesita un referido médico para ver a un especialista por abuso de sustancias?..... | 39        |
| ¿Qué ocurre si mi hijo tiene una emergencia o crisis por abuso de sustancias? .....           | 39        |
| ¿Qué necesito saber sobre desintoxicación en hospital? .....                                  | 39        |
| ¿Qué necesito saber sobre el tratamiento residencial no hospitalario? .....                   | 39        |
| ¿Qué beneficios ambulatorios por abuso de sustancias están cubiertos? .....                   | 40        |
| <b>XV. Beneficios dentales.....</b>   | <b>40</b> |
| ¿A quién puede ver mi hijo para atención dental?.....   | 40        |
| ¿Puede mi hijo recibir servicios de un proveedor dental no participante? .....                | 40        |
| ¿Cuál es el costo de la atención dental? .....  | 40        |
| ¿Qué servicios dentales no están cubiertos por CHIP? .....                                    | 40        |
| ¿Qué servicios dentales están cubiertos por CHIP? .....                                       | 41        |
| <b>XVI. Beneficios de visión / Cuidado de ojos.....</b>                                       | <b>42</b> |
| ¿A quién puede ver mi hijo para el cuidado de la vista?.....                                  | 42        |
| ¿Puede mi hijo recibir servicios de un proveedor de la vista no participante?.....            | 42        |
| ¿Cuánto cuesta el cuidado de la vista?.....   | 42        |
| ¿Qué beneficios de la vista están cubiertos?.....   | 42        |
| ¿Qué beneficios de la vista no están cubiertos?.....  | 44        |
| <b>XVII. Exclusiones de CHIP.....</b>   | <b>44</b> |
| <b>XVIII. Administración de casos.....</b>  | <b>48</b> |
| <b>XIX. Manejo de enfermedades.....</b>   | <b>48</b> |
| ¿Qué programas de manejo de enfermedades están disponibles?.....                              | 48        |
| ¿Cómo puedo inscribir a mi hijo en un programa de manejo de enfermedades?.....                | 48        |
| <b>XX. Administración de la utilización.....</b>  | <b>48</b> |
| <b>XXI. Evaluación de nuevos tratamientos y tecnologías.....</b>                              | <b>49</b> |
| <b>XXII. Programa para la mejora de la calidad.....</b>                                       | <b>49</b> |
| <b>XXIII. Privacidad y confidencialidad.....</b>  | <b>50</b> |

|  |    |
|--|----|
| <b>XXIV. Fraude y abuso</b> .....  | 50 |
| <b>XXV. Quejas y quejas formales</b> .....   | 50 |
| ¿Qué es una queja?.....  | 51 |
| ¿Qué necesito saber sobre la presentación de una queja de primer nivel? .....                              | 51 |
| ¿Qué necesito saber sobre la presentación de una queja de segundo nivel? .....                             | 52 |
| ¿Qué necesito saber sobre cómo presentar una apelación de quejas ante el Departamento de Salud? ....       | 52 |
| ¿Qué es una queja formal? .....  | 53 |
| ¿Qué necesito saber sobre cómo presentar una queja formal de primer nivel? .....                           | 53 |
| ¿Qué necesito saber sobre la presentación de una queja formal de segundo nivel? .....                      | 54 |
| ¿Qué necesito saber sobre la presentación de una queja formal externa ante el Departamento de Salud? ..... | 55 |
| ¿Qué es una revisión de queja formal acelerada? .....  | 56 |
| ¿Qué necesito saber sobre la solicitud de una revisión de queja formal acelerada interna? .....            | 56 |
| ¿Qué necesito saber sobre la solicitud de una revisión de queja formal acelerada externa? .....            | 57 |
| <b>XXVI. Definiciones útiles</b> .....   | 57 |
| <b>Apéndice I</b> .....  | 61 |
| Cita de Ensayos Clínicos.....  | 61 |
| Costos Rutinarios de Pacientes Asociados con Ensayos Clínicos Cualificados.....                            | 61 |
| Aviso de Anti-Discriminación .....   | 62 |



---

## ¡Bienvenido!

---

Gracias por inscribir a su hijo en el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) proporcionado por Aetna Better Health Kids. Su hijo dispone de una amplia variedad de beneficios a través del programa CHIP. Estos incluyen, pero no se limitan a:

- Visitas al médico
- Recetas
- Exámenes
- Cuidado dental
- Cuidado de la vista
- Visitas a la sala de emergencias
- Atención a la salud del comportamiento
- Estadías hospitalarias
- Pruebas y radiografías

CHIP es un programa financiado con fondos estatales y federales que proporciona seguro médico para niños sin seguro hasta 19 años de edad, que no son elegibles para recibir Asistencia Médica. Brindamos la cobertura CHIP a través de un contrato con la Oficina del Programa de Seguro Médico para Niños (Bureau of Children's Health Insurance Program) del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services). Cada miembro de CHIP debe renovar los beneficios anualmente (sujeto a la disponibilidad de fondos del programa y a la continuidad de elegibilidad). El proceso de renovación es simple y se describe en este manual.

Este manual le ayudará a comprender cuáles son los beneficios CHIP de su hijo, cómo acceder a la atención y cómo ponerse en contacto con nosotros. También ofrece información sobre los derechos y las responsabilidades del miembro.

Si aún no recibió por correo la tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health Kids de su hijo, pronto le llegará. Cada niño inscrito recibe su propia tarjeta de identificación. Usted tendrá que usar esta tarjeta de identificación cuando su hijo reciba atención. También deberá llevar la tarjeta a la farmacia cuando recoja medicamentos para su hijo.

Si tiene problemas para leer o comprender esta información, si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de su hijo o sobre la atención que su hijo recibe, o si no le llega la tarjeta de identificación de su hijo en las próximas dos semanas, llámenos al **1-800-822-2447**.

¡Bienvenido a CHIP, proporcionado por Aetna Better Health Kids! Nos alegra que sea miembro y esperamos la oportunidad de servirle.



---

## I. Elegibilidad e Inscripción

---

### ¿Quién es elegible para CHIP?

Para calificar e inscribirse en el programa CHIP, su hijo debe cumplir los siguientes requisitos:

- Ser menor de 19 años de edad
- Ser ciudadano de los Estados Unidos, haber nacido en los Estados Unidos o ser extranjero cualificado
- Ser residente de Pennsylvania
- No tener otro seguro
- No ser elegible para recibir Asistencia Médica

### ¿Cómo puedo comprobar el estado de inscripción o elegibilidad de mi hijo?

Usted puede comprobar el estado de inscripción o elegibilidad de su hijo, los beneficios que tiene a su disposición y encontrar proveedores participantes en su área llamando a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447**.

### ¿Qué opciones de CHIP están disponibles?

Dependiendo del tamaño de su familia e ingresos, su hijo puede calificar para obtener cobertura CHIP gratuita, a bajo costo o a costo completo. La cobertura gratuita no requiere pago de copagos o primas mensuales. La cobertura a bajo costo y costo completo requiere el pago de una prima mensual y copagos para ciertos servicios. Si su hijo califica para recibir cobertura a bajo o costo completo, usted recibirá instrucciones detalladas y una factura mensual que debe remitir con el pago para que su hijo siga inscrito en CHIP. Su hijo puede perder la cobertura si la prima mensual no es pagada hasta la fecha de vencimiento de la factura.

### ¿Qué cambios debo informar durante el período de beneficios?

Asegúrese de informar todos los cambios que se produzcan en las circunstancias de su familia después de la inscripción de su hijo. Si no informa los cambios de inmediato, es posible que pierda la cobertura. Estos cambios pueden incluir:

- Tamaño de la familia
- Dirección
- Número de teléfono
- Ingreso familiar o condición del empleo
- Cobertura por un plan privado o patrocinado por el empleador o por Asistencia Médica

### ¿Cuándo recibiré la tarjeta de identificación de miembro de mi hijo?

Usted recibirá la(s) tarjeta(s) de identificación de Aetna Better Health Kids de su hijo por correo en el transcurso de los próximos 5 a 7 días hábiles después de la inscripción. La(s) tarjeta(s) le otorgan a su hijo todos los beneficios CHIP que se explican en la sección de beneficios de este manual (incluyendo servicios médicos, dentales, de la vista, de la salud del comportamiento, etc.). La(s) tarjeta(s) incluirá(n):

- Nombre de su hijo
- Número de identificación de miembro
- Nombre y número de teléfono del PCP
- Números de teléfono para Servicios al Miembro, servicios dentales, servicios de salud del comportamiento, y servicios de cuidado de la vista.
- La tarjeta de identificación de su hijo es para uso exclusivo de su hijo. Nunca permita que otra persona utilice la(s) tarjeta(s) de identificación de su hijo.

### ¿Cuándo debe usar mi hijo su tarjeta de identificación?

Usted deberá mostrar la tarjeta de identificación de su hijo a los proveedores cada vez que su hijo necesite recibir cualquier servicio cubierto.

### ¿Qué debo hacer si la tarjeta de identificación de mi hijo se pierde?

Llame a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** de inmediato si la tarjeta de identificación de su hijo se pierde. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación por correo postal.

### **¿Puedo transferir la cobertura CHIP de mi hijo a una compañía de seguros CHIP diferente?**

Sí. Para transferir la cobertura CHIP de su hijo a una compañía de seguros CHIP diferente, comuníquese con Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** y solicite la transferencia. Antes de solicitar la transferencia, compruebe que la compañía de seguros a la que le gustaría cambiarse participa en el programa CHIP en su área y que su médico participa con esa compañía de seguros. El cambio se llevará a cabo poco después de que nos llame. No habrá interrupción en la cobertura de CHIP. Se le comunicará la fecha de vigencia del cambio. También recibirá una carta confirmando esta información. Hasta esa fecha, su hijo debe continuar utilizando sus beneficios CHIP a través de Aetna Better Health Kids.

### **¿Puedo solicitar una reevaluación de elegibilidad durante un período de beneficios CHIP?**

A solicitud suya, haremos una nueva evaluación de la elegibilidad de su hijo durante el año de período de beneficios CHIP para ver si podría calificar para una opción de CHIP menos costosa. Reevaluaremos la elegibilidad de su hijo basándonos en los cambios en el tamaño de su familia o sus ingresos. Le haremos saber si los cambios traerían como consecuencia un cambio en las opciones de CHIP o si no lo harían. Usted no tiene que cambiar las opciones mientras se encuentra en el medio de un año de beneficios.

### **¿Cómo puedo agregar a otro hijo a la cobertura CHIP?**

Si su familia ya tiene un hijo inscrito en CHIP, puede agregar otro hijo en la familia llamándonos al **1-800-822-2447**. No necesita darnos información financiera adicional. Aún tendremos que comprobar que el nuevo hijo cumple con otros requisitos de elegibilidad. Una vez que se determine la elegibilidad, el hijo será inscrito.

### **¿Puede una miembro de CHIP embarazada permanecer en CHIP?**

Una miembro de CHIP que queda embarazada durante su período de 12 meses de elegibilidad para CHIP permanecerá en CHIP para la duración del período de 12 meses. Si aún tiene cobertura de CHIP cuando nazca el bebé, ella deberá comunicarse con nosotros al **1-800-822-2447** inmediatamente para que podamos verificar si el recién nacido es elegible para CHIP o Asistencia Médica. Determinaremos qué programa es elegible para el recién nacido, utilizando la información adecuada sobre los ingresos y el tamaño de la familia en la solicitud original del miembro.

### **¿Cómo se puede agregar el recién nacido de un miembro de CHIP a la cobertura CHIP?**

Si un miembro de CHIP tiene un bebé recién nacido mientras esté inscrito en CHIP, el recién nacido queda cubierto automáticamente por CHIP durante los primeros 31 días de vida. Usted tendrá que llamar a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** inmediatamente después de nacer el niño para iniciar el proceso de inscripción. Esto es necesario para que el neonato obtenga su propia cobertura médica después de finalizado el período de 31 días. Si el recién nacido no es elegible para CHIP, pero parece ser elegible para recibir Asistencia Médica, la solicitud del neonato será remitida automáticamente a la Oficina de Asistencia del Condado (County Assistance Office) para procesar.

### **¿Existe una lista de espera para CHIP?**

No.

### **¿Cuánto tiempo dura la cobertura CHIP de mi hijo?**

La cobertura CHIP de su hijo tendrá una duración de un año calendario completo (12 meses) desde el primer día de inscripción de su hijo a menos que la elegibilidad cambie debido a razones que no sean de naturaleza financiera (p. ej., una mudanza fuera del estado, cumplir 19 años, inscribirse en Medicaid, etc.). Este período se denomina el año de beneficios. Al terminar el año, usted debe renovar la cobertura CHIP de su hijo o su cobertura finalizará.

### **¿Cómo puedo renovar la cobertura CHIP de mi hijo?**

Usted recibirá una carta y un formulario de renovación de parte nuestros 90 días antes del fin del año de beneficios. La carta y el formulario de renovación le indicarán cuál es la información que debe proporcionar para la revisión anual.

Usted puede renovar por Internet en [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us) o mediante un formulario impreso. Visite nuestro sitio de Internet para obtener la lista completa de instrucciones para renovar por Internet en [www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania](http://www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania). Si desea renovar mediante un formulario impreso, asegúrese de completar el formulario y devolverlo con toda la información necesaria antes de la fecha límite. Si no lo hace, la cobertura CHIP de su hijo finalizará en la fecha indicada en la carta. Es posible que la cobertura médica de su hijo cambie con la renovación anual. Debemos revisar los ingresos de su familia cada año. A los 15 días de recibir su formulario de renovación y todos los documentos solicitados, recibirá una carta informándole si su hijo continúa siendo elegible para CHIP. También explicará cualquier cambio en la cobertura para el nuevo año de beneficios.

Si su hijo no es elegible para CHIP, pero parece ser elegible para Asistencia Médica, su solicitud de renovación será remitida a la Oficina de Asistencia del Condado para su procesamiento. Si su hijo no es elegible para CHIP ni para Asistencia Médica, usted recibirá una carta en la que se le explicará por qué se rechazó su solicitud de renovación, junto con información sobre cómo apelar la decisión si no está de acuerdo con ella.

### **¿Por qué motivo puede finalizar la cobertura CHIP de mi hijo?**

Usted recibirá por correo un aviso por escrito de nosotros antes de que finalice la cobertura de su hijo. En la carta se incluirá la fecha de finalización de la cobertura CHIP de su hijo y el motivo de la finalización.

Los siguientes motivos tendrán como consecuencia la finalización de la cobertura CHIP de su hijo:

- Si su hijo ya no es elegible para recibir la cobertura CHIP debido a que los ingresos familiares son demasiado bajos. Si su hijo ya no es elegible para CHIP debido a que los ingresos familiares son demasiado bajos, la cobertura CHIP de su hijo finalizará en la fecha de renovación. La solicitud de renovación de su hijo será enviada a la Oficina de Asistencia del Condado para determinar si es elegible para recibir Asistencia Médica. Durante el período de revisión con Asistencia Médica, la cobertura de su hijo no se interrumpirá.
- Si usted no responde a los avisos de renovación. Si usted no responde a ninguno de los avisos de renovación, entonces, la cobertura de su hijo finalizará.
- Si usted no proporciona toda la información que necesitamos para completar el proceso de renovación. Usted debe proporcionar la información necesaria que aparece en su formulario de renovación o no se podrá completar la renovación y la cobertura CHIP de su hijo podría finalizar.
- Si su hijo está cubierto por una póliza de seguro médico privada o Asistencia Médica. La cobertura CHIP de su hijo finalizará el primer día del mes en que la otra cobertura entró en vigencia. La cobertura de su hijo no se interrumpirá. Le reembolsaremos cualquier prima que se haya pagado a Aetna Better Health Kids después de la fecha de finalización.
- Falta de pago de la prima de los programas CHIP a bajo costo o costo completo. Si su hijo está inscrito en

Programas CHIP a bajo costo o costo completo, y usted no paga la prima para la fecha de vencimiento, recibirá una carta 30 días antes de la fecha de finalización indicándole que tiene 30 días para pagar la prima o la cobertura CHIP de su hijo puede finalizar.

- Finalización voluntaria. Usted puede dar por terminada la cobertura CHIP de su hijo en cualquier momento al llamar a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447**.
- Su hijo cumple 19 años de edad. Un hijo es elegible para CHIP hasta los 19 años de edad. La cobertura finaliza el último día del mes calendario en que el hijo cumple 19 años.
- Su hijo se muda fuera del estado. CHIP cubre únicamente a los residentes de Pennsylvania. La cobertura de su hijo finalizará con retroactividad al primer día del mes inmediatamente posterior a que el niño se traslade a un estado diferente.
- Su hijo está en prisión o es paciente en una institución pública para trastornos mentales. Su hijo no es elegible para la cobertura CHIP si está en prisión o es paciente en una institución pública para trastornos mentales. Cuando su hijo ya no esté en prisión o en una institución mental pública, y cumple con los demás requisitos de elegibilidad, volverá a ser elegible para recibir la cobertura CHIP.

- Se suministró información errónea en el momento de la solicitud o renovación que hubiera dado como resultado la determinación de inelegibilidad. Si nosotros determinamos que usted usó información incorrecta o fraudulenta para solicitar o renovar la cobertura CHIP para hijo, la cobertura de su hijo cesará.

### **¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con los resultados de la determinación de elegibilidad o si la cobertura CHIP de mi hijo finaliza?**

Si no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar que se haga una revisión imparcial de la determinación que tomó Aetna Better Health Kids para que su hijo:

- Pierda la cobertura CHIP
- No sea elegible para CHIP
- Sea elegible para una opción de CHIP distinta a la que tenía antes.

El Departamento de Seguros de Pennsylvania (Pennsylvania Insurance Department) se encarga de esta revisión. Si usted solicita una revisión, esta se realizará con su participación y la de un representante de Aetna Better Health Kids. El Departamento de Seguros tendrá en cuenta la información que utilizamos para tomar la decisión de que su hijo no es elegible para recibir CHIP o la decisión de dar por finalizada la cobertura CHIP actual de su hijo. Usted puede enviar información al funcionario de revisión que explique por qué piensa que la decisión no fue correcta. Puede elegir que alguien actúe como su representante.

Para solicitar una revisión, envíe una carta explicando por qué desea una revisión, junto con una copia del aviso que recibió de Aetna Better Health Kids. La solicitud debe enviarse dentro de los 30 días a partir de la fecha de la carta de Aetna Better Health Kids. La solicitud de revisión debe enviarse a la siguiente dirección:

Aetna Better Health Kids  
1425 Union Meeting Road  
Blue Bell, PA 19422

Si se requiere una entrevista formal, la coordinaremos con el Departamento de Seguros de Pennsylvania. El Departamento de Seguros de Pennsylvania le contactará con más información, incluidas la hora y fecha de la revisión. Cuando sea posible, la revisión se hará por teléfono. Puede solicitar una revisión en persona.)

---

## **II. Derechos y responsabilidades del miembro**

---

### **Derechos del miembro**

Como padre o tutor de un miembro de CHIP, usted tiene derecho a:

- Recibir información sobre los derechos y las responsabilidades de su hijo
- Recibir información sobre todos los beneficios, servicios y programas que ofrece CHIP, proporcionado por Aetna Better Health Kids
- Conocer las políticas que puedan afectar la membresía de su hijo
- Tener información básica sobre los médicos y otros proveedores que participen en Aetna Better Health Kids
- Elegir de la red de proveedores participantes de Aetna Better Health Kids y rechazar la atención de médicos específicos
- Solicitar que un especialista actúe como proveedor de atención primaria de su hijo si su hijo tiene algunas necesidades médicas o diagnósticos especiales
- Ser tratado con respeto y debida consideración por la dignidad y privacidad de su hijo
- Contar con que la información que usted brinde a Aetna Better Health Kids y cualquier conversación que usted o su hijo tenga con el médico de su hijo sea tratada en forma confidencial y que no se divulgue a otros sin su permiso
- Contar con que todo registro relacionado con la atención médica de su hijo sea tratado en forma confidencial, a menos que sea necesario compartirlo para tomar decisiones sobre la cobertura o que lo exija la ley.



- Ver los registros médicos de su hijo, a menos que su acceso esté restringido específicamente por la ley o por el médico tratante por razones médicas, conservar copias para usted y solicitar que se hagan correcciones si fuera necesario
- Obtener información clara y completa de parte del médico de su hijo sobre la condición y el tratamiento de su hijo, incluyendo las opciones con las que cuenta usted y qué riesgos involucran.
- Recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, independientemente del costo o la cobertura de beneficios
- Participar en cualquier decisión que se tome con respecto a la salud de su hijo
- Negarse a que su hijo reciba medicamentos, tratamientos u otros procedimientos ofrecidos por Aetna Better Health Kids o sus proveedores, en la medida en que la ley lo permita
- Ser informado por un médico sobre lo que puede suceder si usted se niega a que su hijo reciba medicamentos, tratamientos o procedimientos
- Negarse a permitir que su hijo participe en proyectos de investigación médica
- Dar consentimiento informado antes de comenzar cualquier procedimiento o tratamiento
- Asegurar que su hijo reciba atención oportuna en caso de emergencia
- Cuestionar decisiones tomadas por Aetna Better Health Kids o sus proveedores participantes y presentar un reclamo o queja formal con respecto a cualquier decisión médica o administrativa con la que esté en desacuerdo.
- Hacer recomendaciones sobre la política de “derechos y responsabilidades” del miembro de Aetna Better Health Kids.
- Ejercer sus derechos sin afectar adversamente el tratamiento que recibe de Aetna Better Health Kids, sus proveedores y agencias estatales

### **Responsabilidades del miembro**

Como padre o tutor de un miembro de CHIP, usted tiene la obligación de lo siguiente:

- Comprender cómo funciona CHIP, proporcionado a usted por Aetna Better Health Kids, mediante la lectura de este manual y otra información que se ponga a su disposición
- Seguir las directrices en este manual y en otra información que usted tenga disponible y hacer preguntas sobre cómo acceder a servicios de atención de la salud adecuadamente
- Comunicar a Aetna Better Health Kids y a los proveedores de su hijo acerca de cualquier información que afecte la membresía o el derecho de su hijo a recibir los beneficios del programa, incluida aquella relacionada con otras pólizas de seguro médico mediante las cuales empiece a tener cobertura su hijo
- Suministrar información médica actualizada a Aetna Better Health Kids y a sus proveedores, para que puedan brindar a su hijo la atención adecuada
- Comprobar que su proveedor de atención primaria tenga todos los registros médicos de su hijo, incluyendo los de otros médicos
- Comunicarse con el proveedor de atención primaria de su hijo en primer lugar para toda atención médica, excepto en caso de una emergencia real
- Permitir el uso adecuado de la información médica de su hijo
- Tratar a los proveedores de su hijo con dignidad y respeto; eso incluye llegar a tiempo a las citas y llamar con anticipación si necesita cancelar una cita
- Brindar un ambiente seguro para los servicios administrados en su hogar
- Informarse sobre los problemas médicos de su hijo y colaborar con los proveedores para desarrollar un plan y objetivos de tratamiento mutuamente acordado en la medida de lo posible, para la atención de su hijo
- Seguir las instrucciones o pautas que reciba del proveedor, como tomar medicamentos según las indicaciones y asistir a citas de seguimiento
- Asumir toda la responsabilidad por cualquier consecuencia que ocasione su decisión de rechazar tratamiento en nombre de su hijo

### III. Servicios al Miembro

Servicios al Miembro está listo para ayudarlo ante cualquier pregunta que tenga sobre la cobertura de su hijo o la atención que su hijo esté recibiendo. El número sin cargo de Servicios al Miembro aparece en su tarjeta de identificación de miembro. Puede comunicarse con Servicios al Miembro llamando al **1-800-822-2447**. Para su comodidad, Servicios al Miembro está disponible de 8 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes.

También puede visitar nuestro sitio de Internet en **www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania** para solicitar más información sobre los beneficios CHIP de su hijo. También puede escribirnos a:

Aetna Better Health Kids  
1425 Union Meeting Road  
Blue Bell, PA 19422

#### ¿Puede ayudarme Servicios al Miembro si hablo un idioma extranjero?

Sí. No importa en qué idioma hable usted, podemos ayudarlo. Llámenos al **1-800-822-2447**, e infórmenos en qué idioma habla y que necesitará asistencia especial.

También puede solicitar un Manual del Miembro u otra información de Aetna Better Health Kids en forma impresa o en otro idioma o formato, sin costo.

#### Multi-language interpreter Services

**ENGLISH: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-385-4104 (TTY: 711).**

**SPANISH: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-385-4104 (TTY: 711).**

**RUSSIAN: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-385-4104 (телетайп: 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 1-800-385-4104 (TTY: 711)。**

**VIETNAMESE: 1-800-385-4104** bạn nói Tiếng Việt có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. (رقم هاتف الصم و البكم: 711).

**NEPALI: ध्यान दिनुहोस्: तपाइंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाइंको ननमूतत भाषा सहायता सेवाहरू ननःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गनुहोस् 1-800-385-4104 (टटिविडः 711) ।**

**KOREAN: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-385-4104 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.**

**MON KHMER: ប្រយ័ត្ន ៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-385-4104 (TTY: 711) ។**

**FRENCH: ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-385-4104** (ATS : **711**).

**BURMESE:** သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် **1-800-385-4104** (TTY: **711**) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

**FRENCH CREOLE: ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**PORTUGUESE: ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**BENGALI:** লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নথি রাখার ভাষা সহায়তা পরামর্শ উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**ALBANIAN: KUJDES:** Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**GUJARATI:** સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિશ્ચિત્ ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**PENN DUTCH:** Geb Acht: Wann du schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**ITALIAN: ATTENZIONE:** Se parlate una lingua diversa dall'inglese, ci sono servizi di assistenza linguistica, gratuitamente, a vostra disposizione. Chiamare il numero: **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**GERMAN: ACHTUNG:** als Sie ein Sprache anders al Englisch sprechen, ist fremdsprachliche Unterstützung unentgeltlich für Sie erhältlich. Rufnummer: **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**POLISH: UWAGA:** Jeżeli mówisz w języku innym niż angielski, masz możliwość skorzystania z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-385-4104** (TTY: **711**)

### **¿A qué número debo llamar si tengo impedimentos auditivos?**

Llame al **1-800-628-3323** si tiene impedimentos auditivos y está llamando desde un teléfono TTY.

### **¿Cómo puede ayudarme Servicios al Miembro si tengo impedimentos de la vista?**

Llame a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** si tiene impedimentos de la vista y desea pedir un Manual del Miembro u otra información de Aetna Better Health Kids en formato alternativo sin costo, tal como cinta de audio, Braille o letra grande.

---

## **IV. Proveedor de atención primaria**

---

### **¿Qué papel desempeña un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) en la atención médica de mi hijo?**

Un PCP es el médico habitual de su hijo. Los pediatras, internistas y profesionales de medicina familiar son ejemplos de diferentes tipos de PCP. Su hijo puede tener un especialista que actúe como su PCP si su hijo tiene necesidades especiales o determinados diagnósticos. Esto es posible solo si el especialista acepta actuar como PCP de su hijo y si Aetna Better Health Kids aprueba el arreglo.

Un ejemplo de esto sería que una miembro embarazada eligiera un obstetra/ginecólogo (OB/GIN) como su PCP.

Los PCP realizan exámenes de niño sano y brindan servicios preventivos. También ven a su hijo cuando está enfermo. Los PCP ayudan a coordinar la atención en caso de que su hijo necesite realizarse exámenes, ver a un especialista o ir al hospital.

El PCP de su hijo tendrá siempre a alguien disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para ayudarlo con la atención médica de su hijo.

Si su hijo necesita atención después de las horas laborables normales del consultorio del PCP, llame al PCP de su hijo. En caso de que el problema de su hijo no le permita esperar hasta las horas laborables normales del consultorio del PCP, el PCP u otro proveedor de atención médica le indicará dónde llevar a su hijo para que reciba la atención necesaria.

### **¿Qué ocurre si el PCP actual de mi hijo no es un proveedor participante?**

Usted debe notificarnos de inmediato si su hijo es miembro nuevo de Aetna Better Health Kids y actualmente está siendo tratado por un PCP que no participa en nuestra red. A fin de promover la continuidad de atención, Aetna Better Health Kids permitirá que su hijo siga viendo a ese proveedor por hasta 90 días si el proveedor está dispuesto a trabajar con Aetna Better Health Kids como no participante. Durante ese tiempo, Aetna Better Health Kids trabajará con usted para ayudarlo a buscar un PCP que pertenezca a nuestra red para que se haga cargo de la atención de su hijo.

En ciertas circunstancias, es posible que no podamos aceptar su solicitud para un proveedor en particular. Si un proveedor fue retirado de la red de Aetna Better Health Kids por motivos de calidad, o si la agencia gubernamental estatal o federal decide que este no puede participar en un programa gubernamental, no podemos cubrir los servicios de ese proveedor.

### **¿Cómo elijo el PCP de mi hijo?**

Todos los hijos inscritos deben tener un PCP. Puede utilizar la función de búsqueda de proveedores en nuestro sitio de Internet para ayudarlo a buscar un PCP participante. Si no tiene una computadora o acceso a Internet, llámenos al **1-800-822-2447**. Lo ayudaremos a encontrar un médico. Usted tiene diez días desde la fecha en que recibe la carta de aviso de inscripción para seleccionar un PCP. Le asignaremos un PCP para su hijo si no selecciona un PCP.

Si elige un PCP que no está ya tratando a su hijo, debe llamar al PCP y comprobar que esté aceptando nuevos pacientes. Puede comunicarse con el PCP al número de teléfono que aparece en el directorio de proveedores. Si el PCP decide aceptar a su hijo como paciente, notifíquenos llamando al **1-800-822-2447**. Llámenos para obtener ayuda si tiene dificultades para encontrar un PCP que esté aceptando nuevos pacientes.

## ¿Cómo cambio el PCP de mi hijo?

Usted puede elegir un nuevo PCP para su hijo en cualquier momento, siempre y cuando siga los siguientes pasos:

- Elija su nuevo PCP de la lista de proveedores participantes en el directorio de proveedores que se encuentra en nuestro sitio de Internet en **www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania**. El directorio de proveedores en línea brinda información sobre todos los proveedores de la red, incluidos nombres, direcciones, números telefónicos, especialidades y calificaciones, estado de certificación por la junta médica y más. También puede buscar a nuestros proveedores en el sitio web de HealthGrades.com para obtener más información, como la escuela de medicina a la que asistió y dónde completó su residencia.
- Asegúrese de que el PCP acepta nuevos pacientes. Llame a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** y díganos que desea cambiar el PCP de su hijo.
- En la mayoría de los casos, el cambio entrará en vigencia inmediatamente, en el momento de la solicitud de cambio y según la disponibilidad del proveedor para aceptar nuevos pacientes. Le indicaremos la fecha en que su hijo puede comenzar a consultar a su nuevo PCP. Su hijo no puede recibir servicios de parte de su nuevo PCP hasta la fecha en que el cambio entra en vigencia oficialmente. Es posible que usted sea responsable de pagar las facturas por dichos servicios si su hijo recibe servicios del nuevo PCP antes de esa fecha. Su hijo recibirá una nueva tarjeta de identificación por correo postal que enumera el nuevo PCP.

---

## V. Proveedores especializados

---

Los especialistas tienen capacitación, educación y certificación de la junta o licencia en un área especializada de atención médica. Un especialista generalmente no es su PCP, a menos que su hijo tenga necesidades especiales o determinados diagnósticos.

Si su PCP cree que su hijo tiene una enfermedad u otro tipo de condición que requiere los servicios de un especialista, lo referirá a un proveedor especialista.

Usted debe asegurarse de que su especialista esté en nuestra red. Puede averiguarlo si le pregunta a su PCP o llama al consultorio del especialista y le pregunta si participa en Aetna Better Health Kids.

### ¿Qué debo hacer si creo que mi hijo necesita ver a un especialista?

Consulte con el PCP si usted cree que su hijo tiene una enfermedad u otro tipo de condición que necesita ser tratada por un especialista. Su PCP le ayudará a decidir qué tipo de especialista es mejor para ayudar a su hijo.

### ¿Cómo puedo encontrar proveedores especialistas de la red?

Su PCP puede ayudarlo a elegir un especialista. También puede llamar a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** o buscar en Internet en el directorio de proveedores en **www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania**. Nuestro directorio de proveedores tiene una lista de todos los tipos de proveedores de la red y sus nombres, direcciones números de teléfono e idiomas.

Puede solicitar ver a un especialista que no figura en nuestra red si:

- No tenemos un proveedor en nuestra red que puede cubrir sus tratamientos necesarios de manera oportuna\*
- Solo tenemos uno de un cierto tipo de especialista en nuestra red

Todo lo que tiene que hacer es llamarnos para pedir ver a un especialista que no está en nuestra red. El proveedor que no está en nuestra red debe solicitar autorización previa. Si denegamos su solicitud para que usted vea a un proveedor que no está en nuestra red, usted puede presentar un reclamo o queja formal. Cubriremos estos servicios fuera de la red durante el tiempo que no los podamos cubrir dentro de la red.

### **¿Qué ocurre si el especialista actual de mi hijo es un proveedor no participante?**

Si su hijo es un nuevo miembro de Aetna Better Health Kids y obtiene tratamiento de un especialista que no pertenece a la red de Aetna Better Health Kids, usted debe notificarlo de inmediato a Aetna Better Health Kids. Con el fin de promover la continuidad de atención, en la mayoría de las circunstancias, permitiremos que su hijo siga viendo a ese proveedor por hasta 90 días. Para que esto suceda:

- Su hijo debe continuar activamente un curso de tratamiento
- El especialista debe estar dispuesto a trabajar con Aetna Better Health Kids de forma no participante
- Durante este tiempo, le ayudaremos a encontrar un especialista que pertenezca a nuestra red para hacerse cargo de la atención de su hijo

### **¿Qué ocurre si mi hija está embarazada y su obstetra/ginecólogo (OB/GIN) actual no es un proveedor participante?**

En la mayoría de las circunstancias, su hija puede continuar recibiendo los servicios de su OB/GIN actual durante todo el embarazo, en el momento del parto y para la atención postparto si:

- Es una nueva miembro de Aetna Better Health Kids en el segundo o tercer trimestre de un embarazo
- Está ya bajo el cuidado de un OB/GIN que no pertenece a la red de Aetna Better Health Kids

Una miembro en su primer trimestre tendrá que seleccionar un nuevo proveedor OB/GIN que participa con Aetna Better Health Kids. Si necesita ayuda para buscar un proveedor OB/GIN participante que esté aceptando nuevas pacientes, llame a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447**.

### **¿Cómo puede obtener mi hijo una segunda opinión?**

Su hijo puede obtener una segunda opinión con respecto a la necesidad médica de una cirugía o cualquier otro tratamiento médico recomendado. Si solo hay un especialista en nuestra red capacitado para brindar un servicio en particular, su PCP puede enviar a su hijo a un proveedor especialista fuera de la red para la segunda opinión.

Su PCP tendrá que comunicarse con Aetna Better Health Kids para obtener aprobación especial para que su hijo reciba servicios de un proveedor fuera de la red.

### **¿Un especialista puede actuar como PCP de mi hijo?**

Los miembros con necesidades especiales o determinados diagnósticos pueden solicitar que un especialista apropiado dentro de la red actúe como su PCP. Esto es posible solo si el especialista acepta actuar como PCP de su hijo y si Aetna Better Health Kids aprueba el arreglo. Un ejemplo de esto sería que una miembro embarazada eligiera un obstetra/ ginecólogo (OB/GIN) como su PCP. Llame a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** para determinar si su hijo es elegible para que un especialista actúe como su PCP. Usted tiene el derecho a obtener ciertos servicios sin consultar a su PCP ni obtener una autorización previa. Esto se llama acceso directo.

Los miembros tienen acceso directo y pueden auto-referirse a los proveedores de Aetna Better Health para los siguientes servicios cubiertos:

- Exámenes de la vista
- Servicios dentales (si es elegible)
- Primera visita con un quiropráctico (otras visitas deben ser autorizadas) Hasta veinte (20) visitas para manipulación espinal al año.
- Primera visita con un fisioterapeuta (otras visitas deben ser autorizadas)
- Atención médica de emergencia\*
- Atención preventiva y de rutina
- Servicios de atención médica para la mujer, incluyendo:
  - Proveedores de ginecología y obstetricia
  - Atención médica preventiva
  - Mamografías/exámenes de mama



- Pruebas de Papanicolaou
- Servicios de planificación familiar de rutina\* (control natal)
- Servicios de rehabilitación, Ambulatorios y Hospitalización para Abuso de Sustancias y Salud Mental (esto incluye tratamiento en un entorno no de hospital) Miembros desde los 14 años de edad pueden auto-referirse.

\*Usted no necesita ver a un proveedor de la red para auto-referencias para servicios de planificación familiar y de emergencia.

### **¿Qué es continuidad de atención?**

Continuidad de atención se refiere a la relación dedicada y continua entre un miembro y su proveedor. Promover la continuidad de atención permite a los proveedores actuar como consejeros y defensores del paciente mientras el miembro pasa a través de varias etapas del sistema de atención de la salud.

### **¿Cómo promueve Aetna Better Health Kids la continuidad de atención para mi hijo?**

Si su proveedor alguna vez abandona la red de Aetna Better Health Kids o si usted recibe tratamiento de un proveedor no participante cuando se une a Aetna Better Health Kids, somos responsables de trabajar con usted para garantizar que su hijo pueda continuar recibiendo la atención médica que necesita. Bajo la mayoría de circunstancias, si un proveedor a quien usted consulta deja de participar en Aetna Better Health Kids, puede continuar un tratamiento en curso continuo con ese proveedor durante un período de transición. Esto incluye las mujeres embarazadas en su segundo o tercer trimestre que, excepto en determinadas circunstancias, pueden continuar recibiendo tratamiento de su OB/GIN para su actual embarazo y atención posparto.

Un miembro nuevo también puede continuar un curso de tratamiento con un proveedor no participante durante un período de transición en la mayoría de las circunstancias. Esto incluye al proveedor de atención primaria del miembro y a los especialistas que están tratando en forma activa al miembro en el momento en que comienza la cobertura CHIP con Aetna Better Health Kids.

### **¿En qué circunstancias no se le permitiría a un proveedor brindar atención a mi hijo de acuerdo con la política de continuidad de atención?**

En algunas circunstancias, es posible que Aetna Better Health Kids no pueda cubrir servicios brindados por un determinado proveedor. Algunos ejemplos de estas situaciones incluyen, pero no se limitan a:

- Su actual proveedor se niega a recibir el pago de Aetna Better Health Kids
- Su actual proveedor ha sido excluido de la red de Aetna Better Health Kids con fundamento
- Su actual proveedor tiene prohibido recibir dinero de un programa financiado por el gobierno.

---

## **VI. Atención médica de emergencia**

### **¿Qué es una emergencia?**

La definición de la condición médica de emergencia es una "condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de tal severidad (incluyendo dolor severo) que una persona prudente, que tenga un conocimiento promedio de salud y de medicina, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resultaría en un peligro inmediato o la muerte". En una emergencia:

- Llame al **911** para pedir ayuda; o
- Diríjase a la sala de emergencias más cercana
- Llame una ambulancia para que lo traslade a la sala de emergencias

Si usted siente que su vida está en peligro o su salud está en grave riesgo debe buscar atención médica inmediatamente. Usted no necesita aprobación previa para recibir servicios de emergencia.

Ejemplos de las condiciones de emergencia incluyen:

- Dolores agudos en el pecho
- Colocar la salud del individuo (o con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo por nacer) en grave riesgo
- Deterioro grave de las funciones corporales
- Disfunción grave de cualquier órgano corporal o parte del órgano
- Pérdida del conocimiento
- Envenenamiento
- Sobredosis de medicamento o de droga
- Sangrado que no se detiene
- Quemaduras graves
- Fracturas de huesos
- Asfixia
- Peligro de perder una extremidad
- Condición que ponga en peligro la vida
- Dificultad para respirar
- No poder moverse
- Convulsiones

### **Cómo obtener atención médica de emergencia**

Recuerde, utilice la sala de emergencias solo cuando tenga una emergencia. Si tiene una emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana. Usted no necesita aprobación previa para el transporte de emergencia en ambulancia ni para recibir atención médica de emergencia en el hospital. El hospital tiene la obligación de atenderlo si tiene una emergencia médica.

El transporte de emergencia está cubierto en caso de emergencia. No llame al Programa de Transporte de Asistencia Médica (Medical Assistance Transportation Program, MATP) para el transporte de emergencia. En su lugar, llame a una ambulancia o al **911** para pedir ayuda.

Una vez que esté en el hospital, recuerde que puede negarse al tratamiento. Puede pedir ser atendido en otro hospital o puede negarse a ir a otro hospital.

No utilice la sala de emergencias para recibir atención de seguimiento. En cambio, llame a su PCP para recibir atención de seguimiento. Regrese a la sala de emergencias solamente si su PCP así se lo indica. Es posible que la atención de seguimiento en la sala de emergencias no esté cubierta. Quizá reciba una factura.

La definición de la condición médica de urgencia es una "cualquier enfermedad, lesión o condición grave que, bajo las normas razonables de la práctica médica, se diagnosticaría y trataría dentro de un período de veinticuatro (24) horas y si no se trata, podría convertirse rápidamente en una crisis o condición médica de emergencia". Llame a su PCP si usted tiene cualquier de estas situaciones:

- Garganta irritada
- Resfriados
- Vómitos
- Erupciones
- Hematomas
- Esguinces
- Diarrea
- Dolores de oído
- Dolores de estómago (generalmente no son emergencias)

Si necesita atención de urgencia, su médico debe darle una cita dentro de las 24 horas. Si su médico no puede atenderlo, vaya a un centro médico de atención de urgencia. Usted puede encontrar una lista de los centros médicos en su área en nuestro sitio de Internet en [www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania](http://www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania)

### **¿Qué es la atención de urgencia?**

Su médico debe darle una cita dentro de las 24 horas. Si su médico no puede atenderlo, vaya a un centro médico de atención de urgencia. Usted puede encontrar una lista de los centros médicos en su área en nuestro sitio de Internet en [www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania](http://www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania).

- Hematomas
- Esguinces
- Diarrea
- Dolores de oído
- Dolores de estómago (generalmente no son emergencias)

### **¿Qué es un centro médico de atención de urgencia?**

Los centros médicos de atención de urgencia son centros médicos que brindan atención médica básica a pacientes sin cita con enfermedades o lesiones que no requieren atención de emergencia, como esguinces o cortaduras que requieren puntos de sutura. Puede llamar a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** si necesita buscar un centro médico de atención de urgencia participante en su área de servicio.

Si se encuentra fuera del área de servicio y su hijo necesita atención de urgencia, para estar cubierta, la atención debe ser en respuesta a una condición o lesión repentina e inesperada que necesita atención y no puede esperar hasta su regreso al área de servicio.

### **Atención en horas no laborables (no de emergencia)**

Llame a su PCP si no necesita atención de emergencia. Su PCP o un proveedor de guardia están disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los profesionales de atención médica que están de guardia, tales como médicos residentes, enfermeros y asistentes médicos pueden ayudar a proporcionarle la atención y el tratamiento necesario. Su médico o profesional de la salud que está de guardia le dirá qué hacer.

### **¿Qué es un proveedor fuera de la red?**

Un proveedor fuera de red es un proveedor que no tiene un acuerdo o contrato con Aetna Better Health Kids. Para ver una lista actual de proveedores de la red de Aetna Better Health Kids, visite nuestro sitio de Internet en [www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania](http://www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania).

### **¿Qué es un centro médico fuera de la red?**

Un centro médico fuera de red es un hospital o centro de exámenes de diagnóstico que no tiene un acuerdo o contrato con Aetna Better Health Kids.

### **¿Cómo puede acceder mi hijo a los servicios fuera de la red?**

Si es médicamente necesario, el PCP de su hijo puede solicitar que su hijo reciba servicios de un proveedor o centro médico que no forme parte de la red de Aetna Better Health Kids. Si existen proveedores dentro de la red que puedan brindar estos servicios, su hijo deberá recibir los servicios de un proveedor o centro médico contratado. A menos que se obtenga autorización previa, usted puede ser responsable por pagar cualquier servicio fuera de red que su hijo reciba.

## **¿Cómo se pagan los reclamos por servicios fuera de la red?**

Si su hijo recibe un servicio de un proveedor o centro médico no participante que fue autorizado por Aetna Better Health Kids o que se trataba de un servicio de atención de emergencia o urgencia, usted debe presentar el reclamo del proveedor ante Aetna Better Health Kids. Para presentar un reclamo, llame a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** y solicite que le enviemos un formulario de reclamo. Complete el formulario de reclamo y envíelo junto con la factura del proveedor donde se enumeren todos los servicios recibidos a la siguiente dirección:

Aetna Better Health Kids  
P.O. Box 62198  
Phoenix, AZ 85082-2198

---

## **VII. Sus costos para servicios cubiertos**

---

El tamaño e ingresos de su familia determinan cuál de las opciones disponibles de cobertura CHIP hay disponible para usted. Usted podría obtener cobertura CHIP gratuita, de bajo costo, o costo completo. Dependiendo del tipo de cobertura de su niño, se le podrá requerir que pague ciertos costos de bolsillo para que su niño reciba servicios

### **¿Qué son las primas y cuándo debo pagarlas?**

Las primas son los pagos mensuales regulares que usted hace a Aetna Better Health Kids por su cobertura CHIP. No existen primas para los miembros con cobertura gratuita de CHIP. Si su hijo tiene cobertura CHIP de bajo costo o de costo completo, recibirá una factura mensual para el mes que viene (ejemplo: recibirá una factura en abril para la cobertura de mayo). Si el monto de una prima cambia durante el año de beneficios, recibirá un aviso de Aetna Better Health Kids sobre el cambio, 30 días antes del cambio.

### **¿Qué son los copagos y cuándo debo pagarlos?**

Los copagos son costos de bolsillo que usted debe pagar al momento de recibir el servicio si su hijo está inscrito en CHIP a bajo costo o costo completo. No existen copagos para los miembros que tienen cobertura de CHIP gratuita.

Los copagos se pagan al proveedor en el momento de la cita o cuando se presta el servicio. Usted debe pagar el copago cada vez que su hijo reciba un servicio de un proveedor si el servicio requiere un copago. No se requieren copagos:

- Por visitas preventivas o de niño sano. Una visita preventiva es aquella en la que su hijo recibe un servicio para prevenir una enfermedad o condición futura
- Se requiere para servicios rutinarios, preventivos o de diagnóstico, dentales o de la vista

### **¿Cuándo puedo recibir una factura de un proveedor?**

Los proveedores participantes no pueden facturar a los miembros, salvo en ciertas circunstancias. Pero hay ciertas situaciones en las que es posible que usted reciba una factura de un proveedor y que tenga la responsabilidad de pagar. Estas situaciones son las siguientes:

- Si su hijo supera el límite de beneficio de un servicio
- Si su hijo recibe un servicio médico que no es un beneficio cubierto
- Si su hijo recibe un servicio cubierto de un proveedor de atención médica que no es proveedor participante de Aetna Better Health Kids sin antes obtener autorización previa
- Si su hijo recibe servicios que no son médicamente necesarios
- Si usted no pagó su copago

Los proveedores participantes no pueden facturar a los miembros por servicios que superen y excedan la tarifa de reembolso acordada de Aetna Better Health Kids. Esto significa que, salvo en las circunstancias indicadas anteriormente, usted no debería recibir una factura de un proveedor participante. Si recibe una factura de un proveedor participante, llámenos al **1-800-822-2447** de inmediato para que podamos solucionar la situación lo antes posible.

---

## VIII. Coordinación de beneficios

---

La coordinación de beneficios es una estipulación cuyo objetivo es ayudar a las compañías de seguros a evitar la duplicación de los reclamos y las demoras en los pagos. A menudo se utiliza en aquellos casos en que dos o más compañías de seguros distintas están involucradas en el pago de servicios. Evita problemas en el pago de reclamos, ya que se establece el orden en el que las compañías aseguradoras pagan sus reclamos y brinda autoridad para la transferencia ordenada de la información necesaria para pagar los reclamos como corresponde.

Los miembros de CHIP no pueden tener ninguna otra cobertura de seguro médico adicional a CHIP. Ocasionalmente, algunas de las facturas de atención médica de su hijo pueden estar cubiertas por una póliza diferente de la de CHIP. Esto podría suceder, por ejemplo, si su hijo está en un accidente de automóvil. La póliza de seguro de automóvil puede cubrir una parte del costo de su atención médica.

Si alguno de los beneficios a los que su hijo tiene derecho también es ofrecido por otro acuerdo emitido por otro plan o programa de seguro, el seguro de CHIP de su hijo debería recibir una factura de forma secundaria a cualquier cobertura(s) adicional(es) de este tipo.

Si tiene alguna pregunta acerca de la coordinación de beneficios, llámenos al **1-800-822-2447**.

---

## IX. Subrogación

---

Subrogación es el proceso por el cual se busca recuperar gastos médicos de otras partes que sean responsables de una lesión. Gracias a este proceso se ahorra dinero en atención médica al garantizar que la parte responsable o su compañía aseguradora pague los gastos.

Por ejemplo, cuando se produce una lesión debido a un accidente en el que otra persona que no sea su hijo es culpable, la compañía de seguros de la otra persona puede ser responsable del pago del tratamiento médico de su hijo. En esos casos, podemos tener derecho a recuperar de la otra compañía aseguradora los pagos por los servicios brindados a su hijo. Si usted recibe dinero de una demanda, liquidación u otro tercero o de su asegurador, usted puede ser responsable, en la medida en que la ley lo permite, de reembolsar a Aetna Better Health Kids los gastos pagados en relación con la lesión.

Si tiene alguna pregunta sobre subrogación, llámenos al **1-800-822-2447**.

## X. Resumen de beneficios

| Beneficios médicos   | Límites   | Montos de copago |   |                |
|--|---|------------------|---|----------------|
|  |   | Gratuito         | Bajo costo  | Costo completo |
| Servicios relacionados con autismo   | Ninguno   | \$0              | Copagos según el tipo de servicio que el miembro esté recibiendo. |                |
| Servicios de diagnóstico   | Ninguno.  | \$0              | \$0   | \$0            |
| Equipo médico duradero   | Ninguno.  | \$0              | \$0   | \$0            |
| Servicios de emergencia  | Ninguno.  | \$0              | \$25  | \$50           |
| Transporte de emergencia   | El transporte fuera del área de servicio se cubrirá únicamente si es médicamente necesario.   | \$0              | \$0   | \$0            |
| Servicios de planificación familiar – OB/GIN   | Ninguno.  | \$0              | \$10  | \$25           |
| Servicios de planificación familiar – PCP  | Ninguno.  | \$0              | \$5   | \$15           |
| Servicios de transición de género cuando medicamente necesario (ej. Servicios médicos, servicios de hospitalización o ambulatorio, servicios quirúrgicos, drogas prescritas, terapias, etc.) | Ninguno.<br>* La necesidad médico será determinado por World Professional Association for Transgender Health (WPATH) Standard of Care.        | \$0              | Copagos según el tipo de servicio que el miembro esté recibiendo. |                |
| Servicios de atención auditiva   | Ninguno.<br>*Los copagos se aplican únicamente cuando los servicios los brinda un proveedor especialista.                                     | \$0              | \$10*   | \$25*          |
| Servicios de cuidado médico domiciliario   | Ninguno.  | \$0              | \$0   | \$0            |
| Servicios de hospicio  | Ninguno.  | \$0              | \$0   | \$0            |
| Estadías hospitalarias y en centros de enfermería especializada  | Los servicios médicos, de la salud mental, de rehabilitación hospitalaria por motivos médicos y de enfermería especializada no tienen límite. | \$0              | \$0   | \$0            |
| Estadías hospitalarias para rehabilitación   | Los servicios médicos, de la salud mental, de rehabilitación hospitalaria por motivos médicos y de enfermería especializada no tienen límite. | \$0              | \$0   | \$0            |



| Beneficios médicos   | Límites  | Montos de copago |            |                |
|--|--|------------------|------------|----------------|
|  |  | Gratuito         | Bajo costo | Costo completo |
| Servicios de maternidad  | Ninguno  | \$0              | \$0        | \$0            |
| Alimentos médicos  | Ninguno.   | \$0              | \$0        | \$0            |
| Cirugía oral   | Ninguno.   | \$0              | \$10       | \$25           |
| Servicios ambulatorios de terapia médica (quimioterapia, diálisis, radiaciones y terapia respiratoria) | Ninguno  | \$0              | \$0        | \$0            |
| Servicios ambulatorios de rehabilitación (terapia ocupacional, física y del habla)                     | 30 visitas de terapia por año de beneficios.   | \$0              | \$10       | \$25           |
| Servicios ambulatorios quirúrgicos   | Ninguno  | \$0              | \$0        | \$0            |
| Visitas al consultorio del PCP   | Ninguno. *No se requiere copago para visitas de bienestar del niño.  | \$0              | \$5*       | \$15*          |
| Visitas al consultorio del especialista  | Ninguno  | \$0              | \$10       | \$25           |
|  |  |                  |            |                |
| Servicios de atención de urgencia  | Ninguno  | \$0              | \$10*      | \$25*          |
| Servicios de salud para la mujer – OB/GIN  | Un examen ginecológico anual y servicios asociados por año de beneficios. *No se requiere copago para el examen anual. | \$0              | \$10*      | \$25*          |
| Servicios de salud para la mujer – PCP   | Un examen ginecológico anual y servicios asociados por año calendario. *No se requiere copago para el examen anual.    | \$0              | \$5*       | \$15*          |
| Medicamento de marca   | Ninguno  | \$0              | \$9        | \$18           |
| Medicamento genérico   | Ninguno  | \$0              | \$6        | \$10           |

---

## **XI. Beneficios Médicos**

---

En esta sección se enumeran los servicios médicos cubiertos por el seguro CHIP de su hijo. Todos los servicios deben ser médicamente necesarios. Los servicios en esta sección están en orden alfabético. Debajo de cada servicio cubierto encontrará una breve descripción del beneficio brindado y cualquier límite o restricción que pueda corresponder. Nos reservamos el derecho a restringir la cobertura de beneficios de equipo médico adquiridos a ciertos fabricantes y tipos de productos específicos. Llame a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** para obtener más información acerca de las restricciones de compra de equipo médico.

Excepto en circunstancias muy específicas, como por ejemplo en caso de una emergencia, todos los servicios descritos en esta sección tienen cobertura únicamente si son brindados por un proveedor participante. Excepto en caso de emergencia, la autorización previa por parte de Aetna Better Health Kids, u otra documentación o certificaciones especializadas que se requieren para un beneficio en particular, deben obtenerse antes de que su hijo reciba el servicio para que el reclamo esté cubierto.

Solo cubrimos los servicios hasta los límites de beneficios específicos. Una vez que su hijo haya alcanzado el límite de beneficio disponible, su hijo tendrá que dejar de recibir esos servicios en particular o usted será responsable de pagar por los servicios directamente.

Llame a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** si tiene alguna pregunta sobre los beneficios médicos de su hijo. Su representante de Servicios al Miembro le puede informar si un servicio en particular está cubierto, si hay límites de beneficios, qué proveedores su hijo puede ver para recibir un servicio, y qué monto puede que tenga pagar usted de su bolsillo por un servicio. Su representante de Servicios al Miembro también puede indicarle la cantidad de dinero o el número de visitas que le quedan para cualquier servicio que tiene un límite de beneficio.

### **Trastornos del espectro de autismo y servicios relacionados**

De acuerdo con la Pennsylvania Autism Insurance Act (Ley de seguro del autismo de Pennsylvania) (Ley 62), los siguientes servicios están cubiertos cuando sean médicamente necesarios para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de los Trastornos del Espectro del Autismo:

- Cobertura de medicamentos recetados, incluye medicamentos de venta libre, vitaminas y aspirina
- Servicios de un psiquiatra y/o psicólogo
- Atención de rehabilitación y terapéutica

Límites de beneficios: Ninguno. La cobertura no incluye los servicios de administración de casos. La cobertura bajo esta sección se encuentra sujeta a los copagos identificados en otros sitios de este manual.

El tratamiento de los trastornos del espectro de autismo debe cumplir estos requisitos:

- Ser médicamente necesario y prescrito por un médico u otro profesional de la salud independiente con licencia y autorizado para prescribir.
- Estar identificado en un plan de tratamiento
- Ser brindado por un médico con licencia, asistente de médico con licencia, psicólogo con licencia, trabajador social clínico con licencia, especialista de comportamiento con licencia (una persona con licencia en Pennsylvania para proveer la aplicación del análisis de comportamiento) o practicante de enfermería registrado certificado
- Ser brindado por un proveedor de servicios para el autismo o una persona, entidad o grupo que trabaje bajo la supervisión de un proveedor de servicios para el autismo

La Ley 62 del código de Pennsylvania exige a las compañías de seguro privadas autorizar los procesos de revisión acelerada interna y externa para el análisis de quejas formales para un niño a quien le negaron en forma total o parcial servicios de tratamiento de autismo. Usted puede iniciar este proceso llamando a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447**. Asegúrese de que tengamos toda la información necesaria de los profesionales que tratan a su hijo para apoyar su solicitud de servicio.

Si tiene más preguntas sobre los beneficios para trastornos del espectro de autismo o necesita ayuda para encontrar proveedores participantes especializados en tratamiento del autismo en su área, llame a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447**. También puede visitar la página de internet del Bureau of Autism (Oficina de Autismo) del Departamento de Bienestar Público (Department of Public Welfare) en [www.autisminpa.org](http://www.autisminpa.org), donde encontrará más información sobre el autismo y la Ley 62.

### **Servicios para diabéticos<sup>1</sup>**

Equipo, medicamentos, suministros y tratamiento médicamente necesarios para diabéticos, según se indica a continuación:

- Equipo médico para diabéticos, suministros para el monitoreo y medicamentos recetados
- Capacitación y educación ambulatorias para diabéticos
- Exámenes de la vista para diabéticos
- Pruebas de laboratorio de detección
- Cuidado rutinario y ortótico de los pies para diabéticos.
- Programa de Aetna Better Health Kids para el manejo de la diabetes.
- Coordinación de cuidados y administración de casos de la unidad de necesidades especiales de Aetna Better Health Kids

Límites de beneficios: El pago está limitado a un examen rutinario de la vista para diabéticos por año de beneficios. Las baterías del equipo médico para diabéticos no están cubiertas. Los servicios indicados anteriormente están sujetos a los mismos límites de beneficios mencionados en otra parte de este manual.

Puede informarse más sobre este Programa de prevención y control de la diabetes de Pennsylvania visitando el sitio de Internet en <http://www.health.pa.gov/My%20Health/Diseases%20and%20Conditions/A-D/Pages/Diabetes.aspx#.WplvASco5Bk>.

### **Servicios de diagnóstico, laboratorio y radiología**

Análisis de diagnóstico, servicios y materiales médicamente necesarios relacionados con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones en entornos tanto hospitalarios como ambulatorios. Límites de beneficios: Algunos servicios pueden requerir autorización previa para estar cubiertos.

### **Equipo médico duradero**

La cobertura de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) médicamente necesario se aplica al equipo diseñado para cumplir un propósito médico, como:

- Tenga una enfermedad o lesión
- Sea apto para resistir el uso constante
- No sea desechable o para el uso del paciente una sola vez
- Sea necesario para su uso en el ámbito del hogar o de la escuela. Este beneficio cubre el costo de alquiler del DME (o de su compra, si comprar es más barato que alquilar el DME durante un período prolongado), entrega e instalación.

La reparación o el reemplazo del DME solo tienen cobertura cuando se requiera por el desgaste natural cuando se certifique como médicamente necesario.

El DME puede requerir autorización previa. Toda solicitud de DME que supere los \$500 requiere la revisión de nuestro Director Médico.

### **Servicios de atención médica de emergencia**

Según se describen en la sección atención de emergencia de este manual (consulte la Sección VIII).

Límites de beneficios: Ninguno.

---

<sup>1</sup> A fin de brindar a su hijo la mejor atención posible, si su hijo tiene un diagnóstico de diabetes, comuníquese con Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** y solicite la inscripción de su hijo en el programa de manejo de enfermedades de diabetes de Aetna Better Health Kids.

### **Servicios de transporte de emergencia**

Los servicios de transporte de ambulancia por tierra, aire o acuática están cubiertos únicamente cuando son médicamente necesarios. Los servicios deben brindarse en las siguientes situaciones:

- En respuesta a una emergencia
- Con el propósito de transportar a un miembro hospitalizado entre distintos centros médicos
- Cuando un miembro imposibilitado para salir de su casa es dado de alta del hospital y por razones médicas, no puede ser transportado por otros medios

Límites de beneficios: El transporte fuera del área de servicio tendrá cobertura únicamente si los servicios requeridos por el miembro no pueden brindarse dentro del área de servicio.

### **Servicios de planificación familiar**

Los servicios de planificación familiar cubren los servicios profesionales brindados por el PCP o el proveedor OB/GIN de su hija, relacionados con la prescripción, colocación y/o inserción de un anticonceptivo.

Esto incluye métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, tales como aparatos de anticoncepción y anticonceptivos inyectables, dispositivos intrauterinos e implantes, procedimientos de esterilización voluntaria, y educación y asesoramiento de pacientes, sin incluir medicamentos abortivos, sin costo compartido para los miembros. Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos se encuentran cubiertos bajo los beneficios de farmacia del plan.

Límites de beneficios: Ninguno.

### **Servicios de transición de género**

El programa CHIP y Aetna Better Health Kids cubre los servicios de transición de género como servicios médicos, hospitalización y servicios ambulatorios, servicios quirúrgicos, medicamentos prescritos, terapias, etc., cuando se considere medicamento necesario\* y apropiado.

Límites de beneficios: Ninguno. \*Necesidad médico será determinado basado en la "World Professional Association for Transgender Health (WPATH) Standard of Care."

### **Servicios habilitantes**

Servicios de atención de la salud que ayudan a una persona a conservar, aprender o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida diaria. Los ejemplos incluyen terapia para un hijo que no camina o habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y otros servicios para personas con impedimentos en una serie de entornos ambulatorios. Los servicios cubiertos se limitan a 30 visitas por año de beneficios para terapia física; 30 visitas por año de beneficios para terapia ocupacional; y 30 visitas por año de beneficios para terapia del habla, para un límite combinado de visitas de 90 días por año de beneficios. Los límites de visitas bajo este beneficio se combinan con los límites de visitas bajo la terapia ambulatoria de rehabilitación.

Los servicios cubiertos incluyen también 45 visitas por año calendario de terapia bajo hospitalización para el tratamiento de accidentes cardiovasculares (ACV), lesiones de la cabeza, lesiones de la espina dorsal, o según se requiera luego de cirugía del cerebro.

### **Servicios de atención de audición**

El PCP de su hijo debe proporcionar los exámenes de audición de rutina y preventivos. Si su PCP recomienda que un especialista realice una audiometría a su hijo, su hijo no necesita un referido para obtener una cita con un audiólogo u otorrinolaringólogo, siempre y cuando use un proveedor participante en la red de Aetna Better Health Kids. Los audífonos y dispositivos para la audición y la colocación y ajuste de tales aparatos están cubiertos cuando se determina que son médicamente necesarios.

Límites de beneficios: Un examen rutinario de audición y un examen audiométrico por 12 meses. Un audífono o dispositivo por año cada 12 meses. Las baterías no están cubiertas. No hay límite de dólares.

## **Servicios de atención médica domiciliaria**

La atención médica domiciliaria solo está cubierta si su hijo está imposibilitado para salir de su casa. Se considera que su hijo está imposibilitado para salir de su casa cuando su condición médica le impide salir de su casa sin hacer un gran esfuerzo. La atención médica domiciliaria incluye los siguientes servicios médicamente necesarios:

- Servicios del médico
- Servicios de terapia física, del habla y ocupacionales
- Suministros y equipos médicos y quirúrgicos, incluido oxígeno
- Terapia de infusión a domicilio (no incluye sangre o sus productos derivados)

Límites de beneficios: Los servicios de atención médica domiciliaria podrían requerir autorización previa por parte de Aetna Better Health Kids. No hay copagos ni límites.

## **Servicios de hospicio**

Los cuidados especiales que se brindan en un hospicio están a disposición de aquellos miembros que padecen una enfermedad terminal. Dichos cuidados tienen lugar al mismo tiempo que la atención relacionada con el tratamiento de la condición por la cual se hizo el diagnóstico de enfermedad terminal. Los miembros que obtengan servicios de hospicio y de atención paliativa pueden seguir recibiendo servicios cubiertos de Aetna Better Health Kids también para otras enfermedades o condiciones.

Los servicios de hospicio deben contar con autorización previa de Aetna Better Health Kids y requieren una certificación por un médico indicando que el miembro tiene una enfermedad terminal. Aetna Better Health Kids debe recibir una solicitud escrita de servicios de hospicio ya sea del miembro, si es mayor de edad, o del tutor legal del niño miembro.

## **Servicios hospitalarios: servicios de hospitalización, ambulatorios y de centro quirúrgico ambulatorio**

Los beneficios de hospital pueden ser brindados por un centro médico participante, ya sea en internación o en forma ambulatoria, y deben ser médicamente necesarios. Estos servicios pueden ser ofrecidos en centros médicos participantes, como por ejemplo un hospital de cuidados intensivos, centro de enfermería especializada o centro quirúrgico ambulatorio.

Los beneficios de internación para hospitalizaciones médicas y de la salud mental, rehabilitación en hospital por motivos médicos y servicios de enfermería especializada no están limitados.

La terapia de rehabilitación en hospital por motivos médicos no está limitada.

Los servicios de salud física ambulatorios relacionados con cirugía ambulatoria, hospitalización ambulatoria, visitas al consultorio del especialista y citas de seguimiento o visitas por enfermedad con el PCP de un miembro no están limitados.

Límites de beneficios: Los servicios relacionados con hospitalización pueden requerir autorización previa excepto en caso de emergencia.

## **Servicios de cirugía reconstructiva por mastectomía y cáncer de mama**

Se proveen beneficios para una mastectomía que sea hecha en base ambulatoria o con hospitalización, y para los siguientes:

- Cirugía para restablecer simetría o aliviar trastorno funcional, incluyendo, pero no limitado a aumento, mamoplastia, mamoplastia reductora y mastopexia, cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica.
- Cobertura de dispositivos protésicos iniciales y subsecuentes, para reemplazar el seno o porciones del mismo, debido a una mastectomía; y
- Complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.
- Se da también cobertura de una visita de atención en el hogar, según lo determine el médico de la miembro, recibida dentro de las 48 horas de haber sido dada de alta.

Límites de beneficios: Los servicios de mastectomía pueden requerir autorización previa.

## Servicios de maternidad

Una miembro puede seleccionar un proveedor participante para recibir servicios de maternidad y ginecológicos sin un referido médico ni autorización previa. Excepto en caso de emergencia o de acuerdo con la política de continuidad de atención, los servicios de maternidad deben ser brindados por proveedores participantes y tener lugar en centros médicos participantes. Entre los proveedores de servicios de atención de maternidad pueden incluirse:

- Médicos
- Practicantes de enfermería
- Enfermeras parteras certificadas
- Entre los centros médicos pueden incluirse tanto hospitales de cuidados intensivos como centros de maternidad independientes.

Están cubiertos los servicios médicos y hospitalarios relacionados con la atención antes, durante y después del parto, entre ellos las complicaciones ocasionadas por el embarazo o el parto del miembro. Si la elegibilidad de la miembro cambia cuando está en el segundo o tercer trimestre del embarazo, puede permanecer hasta la etapa posparto con el mismo médico o practicante.

Bajo la ley federal, los planes de salud y los emisores de seguros de salud, por lo general no pueden restringir los beneficios para ninguna estadía en el hospital relacionada con el parto, para la madre o el neonato, durante menos de 48 horas luego de un parto por cesárea. Sin embargo, el plan o el emisor pueden pagar por una estadía más corta si el proveedor tratante (por ejemplo, el médico, enfermera partera, o asistente médico), luego de consultar con la madre, da de alta a la madre o al neonato más temprano.

Los miembros también pueden recibir una visita de atención de salud en el hogar, luego de dada de alta la paciente para cuidado de maternidad, si a la miembro le dan de alta antes de las 48 horas para un parto normal o antes de las 96 horas para un parto por cesárea, tras consulta con la madre y el proveedor, o en el caso de un neonato, tras consulta con la madre del neonato o el representante autorizado del neonato. Las visitas de atención en el hogar incluyen, pero no se limitan a: educación de los padres, ayuda y adiestramiento en amamantar y alimentación con biberón, visitas médicas y exámenes de laboratorio, y la ejecución de cualquier evaluación física necesaria de la madre y el neonato. Un proveedor certificado de cuidados de salud, cuyo ámbito de trabajo incluye la atención post-parto, debe efectuar dichas visitas de cuidado de salud en el hogar. A total discreción de la madre, la visita puede hacerse en las instalaciones del Proveedor. Las visitas de cuidado de salud en el hogar, luego de una hospitalización para servicios de maternidad, no se encuentran sujetas a copagos, deducibles o coaseguro, de ser aplicables a esta cobertura.

Si una miembro embarazada se une a Aetna Better Health Kids en su segundo o tercer trimestre, y su proveedor está fuera de la red, ella puede continuar viendo a ese proveedor durante el embarazo y el período posparto.

De la misma manera, si nosotros rescindimos nuestro contrato con el médico de una miembro embarazada que está en su segundo o tercer trimestre, ella podría continuar viendo a ese proveedor durante el embarazo y el período posparto.

Límites de beneficios: El parto en un centro médico fuera del área de servicio solo se cubrirá en caso de emergencia.



## **Alimentos médicos**

Los alimentos médicos, como por ejemplo nutrición y suplementos enterales de fórmula especial, están cubiertos solo para el tratamiento terapéutico médicamente necesario de ciertos trastornos genéticos. Este beneficio no está destinado a cubrir productos alimenticios normales que se utilizan en el manejo dietético de trastornos metabólicos genéticos poco comunes. Alimentos médicos requieren de autorización previa y deben ser prescritos por un médico o enfermera practicante. Fórmulas especiales para niños e infantes no son alimentos médicos y no están cubiertos.

Límites de beneficios: ninguno.

## **Cobertura de recién nacido para bebés nacidos de miembros de CHIP**

Este beneficio corresponde a los niños recién nacidos de miembros de CHIP que están cubiertos desde el momento del nacimiento durante los primeros 31 días de vida. Los servicios para estos niños se obtienen con la tarjeta de identificación de CHIP del miembro. Para garantizar que el recién nacido pueda continuar recibiendo atención médica pasados los primeros 31 días, el miembro debe comunicarse con Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** inmediatamente después del nacimiento del niño, con el fin de iniciar el proceso para que el recién nacido tenga su propia cobertura de atención médica.

Límites de beneficios: Este servicio finaliza después de que el bebé de la miembro de CHIP cumple 31 días de edad. Las miembros que tengan bebés recién nacidos deben seguir las pautas indicadas en este manual para tener acceso a sus beneficios. Si tiene preguntas sobre los beneficios de atención de recién nacidos o sobre cómo obtenerlos, o si necesita ayuda para solicitar la cobertura para su recién nacido, llame a Servicios al Miembro.

## **Servicios de cirugía oral**

Los servicios de cirugía oral deben realizarse en un ámbito hospitalario o ambulatorio, según la naturaleza del procedimiento, y deben ser médicamente necesarios. Los siguientes son ejemplos de servicios cubiertos:

- Extracción de terceros molares óseos impactados parcial o totalmente (muelas del juicio)
- Síndrome de biberón (caries dentales a temprana edad)
- Cirugía para corregir dislocación o degeneración completa de la articulación temporomandibular
- Tratamientos no dentales de la boca, relacionados con las siguientes condiciones con diagnóstico médico:
  - Defectos congénitos
  - Anomalías de nacimiento
  - Remoción quirúrgica de tumores

Límites de beneficios: Ninguno

Nos reservamos el derecho a decidir, sobre la base de la necesidad médica, qué centro médico se considera más apropiado para los servicios de cirugía oral que se brindarán. La cobertura de anestesia varía según el procedimiento y el tipo de centro médico donde se brinda el servicio. Todos los servicios relacionados con cirugía oral requieren previa autorización.

## **Dispositivos ortóticos**

Los dispositivos ortóticos son dispositivos o aparatos rígidos que se utilizan para apoyar, alinear o corregir lesiones o deformidades óseas o musculares. Este beneficio cubre la compra, colocación y los ajustes necesarios de los dispositivos ortóticos cubiertos. También cubre toda reparación requerida como consecuencia del desgaste natural del dispositivo.

El reemplazo de un dispositivo ortótico solo está cubierto cuando se considera médicamente necesario.

Límites de beneficios: Ninguno

## **Suministros para ostomía**

Los suministros para ostomía son necesarios para el cuidado y drenaje de estomas.

Límites de beneficios: Ninguno

### **Servicios de terapia médica ambulatorios**

Este beneficio brinda a los miembros una cantidad ilimitada de visitas ambulatorias médicamente necesarias para los siguientes servicios:

- Tratamientos de diálisis
- Tratamientos de quimioterapia para el cáncer y hormonales
- Terapia respiratoria
- Terapia de radiación

Límites de beneficios: Puede requerir autorización previa. El miembro debe tener un diagnóstico documentado en el que se indique que la terapia prescrita constituye una necesidad médica.

### **Servicios de terapia de rehabilitación ambulatorios**

Este beneficio brinda a los miembros los siguientes servicios de rehabilitación médicamente necesarios:

- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla

Límites de beneficios: La cobertura tienen un límite de 30 días por cada terapia física, ocupacional, y del habla, para un límite total de 90 días de terapia ambulatoria.

Aetna Better Health revisa periódicamente los servicios cubiertos de cuidado primario y preventivo, basándose en recomendaciones de organizaciones tal como la Academia Americana de Pediatría, el Colegio Americano de Médicos, y también de la Sociedad Americana del Cáncer y la Administración de Recursos y Servicios de la Salud (HRSA), el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE.UU. (USPSTF), (todos los puntos o servicios con una clasificación de A o B en las recomendaciones actuales). Como ejemplos de recomendaciones del "USPSTF A" tenemos la suplementación de ácido fólico, pruebas de infección de clamidia para mujeres no embarazadas, y asesoramiento e intervenciones para el uso de tabaco. Ejemplos de recomendaciones cubiertas del "USPSTF B" tenemos la prevención de caries para niños preescolares, asesoramiento de dieta saludable, suplementos/enjuagues orales de flúor y vitaminas, evaluación de riesgo y asesoramiento y pruebas genéticas de BRCA, vitamina D recetada, suplemento de hierro recetado, suplementos minerales, pruebas de infección de clamidia para mujeres embarazadas, y consejería para enfermedades transmitidas sexualmente. Ejemplos de beneficios requeridos por HRSA incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA (Administración de Alimentos y Drogas), esterilizaciones, equipos para amamantar, y educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva. Por lo tanto, los servicios preventivos son suministrados sin costo para el Miembro.

### **Servicios en el consultorio del proveedor de atención primaria**

Los servicios preventivos y visitas de niño sano desempeñan un papel muy importante para mantener saludable a su hijo. Las visitas regulares preventivas y visitas de niño sano pueden evitar que su hijo se enferme en el futuro. También ayudarán al PCP de su hijo a encontrar condiciones de salud y/o retrasos en el desarrollo, que pueden beneficiarse con un tratamiento temprano. Es importante programar y mantener las citas para servicios preventivos y visitas de niño sano según el programa recomendado por el PCP de su hijo.

Recuerde que puede comunicarse con el PCP de su hijo las 24 horas del día, los 7 días de la semana si su hijo se enferma y usted necesita el consejo de un médico. El PCP de su hijo puede brindarle muchos de los servicios de atención médica que su hijo necesita, entre ellos los siguientes:

- Visitas preventivas y de bienestar del niño, sin copagos o costos compartidos, incluyendo lo siguiente:

- Se proveerá cobertura de vacunas pediátricas (excepto las requeridas para empleo o viaje), incluyendo los agentes inmunizantes, que cumplan con los estándares del Comité de Asesoramiento sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) del Centro de Control de Enfermedades (CDC), Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Los cronogramas de inmunización del ACIP se pueden ver visitando el siguiente enlace: [www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/default.htm](http://www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/default.htm).
- Las vacunas de influenza pueden ser administradas por una farmacia participante para miembros a partir de los nueve años de edad, con consentimiento paterno, de acuerdo a la Ley 8 de PA del 2015.
- Visitas al consultorio por enfermedad y atención de urgencia, incluidas las que tienen lugar después de las horas laborables normales cuando sean médicamente necesarias. Estas visitas incluyen cuidado de bienestar del bebé, que por lo general incluyen una historia médica, medición de altura y peso, examen físico, pruebas rutinarias de diagnóstico, y asesoramiento.
- Prueba de plomo y ensayos de plomo en la sangre. Este examen de sangre detecta niveles elevados de plomo en la sangre.
- Evaluación de salud bucal, recubrimiento de fluoruro para niños de 5 meses a 5 años de edad (Recomendación del Equipo de Trabajo de Prevención).
- Atención de seguimiento después de servicios de emergencia
- Servicios de salud para la mujer y servicios de planificación familiar (consulte la descripción de beneficios para más detalles)
- Consejería y pruebas genéticas

Límites de beneficios: Ninguno

### **Otros servicios preventivos**

Los beneficios están cubiertos para:

- Todos los artículos y servicios recomendados por el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF) con una calificación de A o B en las recomendaciones actuales, incluso:
  - Prevención de caries dentales para niños preescolares
  - Consejería para una dieta saludable
  - Suplementos de fluoruro oral
  - Evaluación de riesgo para BRCA y consejería y pruebas genéticas
  - Vitamina D recetada
  - Suplementos de hierro recetados
  - Pruebas de detección de infección por clamidia para mujeres embarazadas
  - Pruebas de detección de infección por clamidia para mujeres no-embarazadas
  - Consejería sobre enfermedades de transmisión sexual
  - Suplementos de ácido fólico
  - Consejería e intervenciones sobre el uso del tabaco
- Los beneficios que recomienda el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) del Centro para el Control de las Enfermedades (Center for Disease Control)
- Beneficios de prevención que recomienda la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA), incluidos:
  - Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos
  - Procedimientos de esterilización
  - Equipo para la lactancia
  - Educación y consejería al paciente para todas las mujeres en edad reproductiva

## **Dispositivos protésicos**

Los dispositivos protésicos reemplazan en forma total o parcial una parte faltante del cuerpo y son médicamente necesarios. También se utilizan para ayudar a que vuelva a funcionar un órgano que no funcionaba. Este beneficio cubre la compra, colocación y los ajustes necesarios de los dispositivos protésicos cubiertos. También cubre toda reparación requerida como consecuencia del desgaste natural del dispositivo. El reemplazo de un dispositivo protésico está cubierto solo cuando se considera médicamente necesario y apropiado debido al crecimiento normal del niño.

Límites de beneficios: Ninguno

## **Servicios de cirugía restaurativa o reconstructiva (diferentes de los servicios relacionados con mastectomía)**

Entre los servicios cubiertos para la cirugía restaurativa y reconstructiva médicamente necesaria se incluyen los siguientes:

- Cirugía para corregir una deformidad causada por lo siguiente:
  - Enfermedad
  - Trauma
- Anomalías congénitas o de desarrollo (defectos de nacimiento) hasta la edad de 18.
- Infección.
- Cirugía para corregir un defecto funcional del cuerpo como resultado de:
  - Lesión accidental
  - Incidental a una cirugía
- Cirugía relacionada con el tratamiento de tumores malignos u otra patología destructiva que causa un deterioro funcional, con el propósito de lograr un funcionamiento físico o corporal razonable.

Límites de beneficios: Ninguno.

## **Servicios de enfermería especializada en un centro hospitalario**

Los servicios de enfermería especializada están disponibles, si se considera que son médicamente necesarios, para niños que requieren servicios de enfermería especializada las 24 horas del día pero que no necesitan estar hospitalizados.

Límites de beneficios: Ninguno

Servicio de enfermera privada durante hospitalización - Completamente cubierto.

## **Servicios de médico especialista**

Las visitas al consultorio, pruebas diagnósticas y tratamiento por parte de especialistas están cubiertas cuando son proporcionados por un proveedor de la red.

Límites de beneficios: Ninguno

## **Servicios de trasplantes**

Los servicios de trasplantes que son médicamente necesarios, y que Aetna Better Health Kids no considere experimentales ni de investigación, tienen cobertura para su hijo. Se requiere autorización previa.

Límites de beneficios: Los servicios cubiertos para los criterios de selección de pacientes (prueba requeridas por el centro médico de trasplantes para asegurar que su hijo cumple con los criterios para un trasplante) están cubiertos en un solo centro médico de trasplantes designado salvo cuando los servicios se proporcionan como parte de una segunda opinión que ha sido autorizada previamente por Aetna Better Health Kids. Este beneficio no brinda cobertura para servicios relacionados con la donación de órganos a personas que no son miembros.

A fin de brindar a su hijo la mejor atención posible, si su hijo necesita un trasplante de órganos, comuníquese con Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** y solicite una consulta con un administrador de caso.

## **Servicios de atención de urgencia**

Según se describen en la sección de atención de urgencia de este manual (consulte la Sección IX).

Límites de beneficios: Ninguno.

## **Suministros para urología**

Los suministros para urología requeridos para el cateterismo urinario médicamente necesario están cubiertos solo si su hijo tiene incontinencia urinaria permanente o retención urinaria permanente. La retención urinaria permanente se define como una retención que no se espera que se corrija con métodos médicos ni quirúrgicos aplicados a su hijo en un período de tres meses.

Límites de beneficios: Ninguno. Toda solicitud de DME que supere los \$500 requiere la revisión de nuestro Director Médico.

## **Servicios de salud para la mujer**

No hay costo compartido para servicios preventivos bajo los servicios de planificación familiar, salud de la mujer, y anticonceptivos.

El cuidado preventivo de bienestar de la mujer incluye los servicios y suministros descritos bajo la disposición de Servicios Preventivos de la Mujer, de la Ley de Protección y Cuidado Asequible del Paciente.

Los servicios ginecológicos y de salud para la mujer pueden ser brindados por el PCP de su hija o por un proveedor OB/GIN participante. Su hija no necesita un referido médico ni autorización previa para obtener un examen ginecológico anual, servicios de planificación familiar ni servicios de maternidad de un OB/GIN. Los servicios de hospitalización y cuidado médico relacionados con cuidado antes, durante y posterior al parto, incluyendo complicaciones que surjan del embarazo o parto de la miembro, se encuentran cubiertos.

Los servicios y suministros incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

- Examen de la pelvis, examen clínico de los senos, y prueba Papanicolaou rutinaria, de acuerdo a lo recomendado por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos.
- Servicios de planificación familiar (consulte el beneficio descrito anteriormente si desea conocer más detalles y limitaciones)
- Servicios de maternidad (consulte el beneficio descrito anteriormente si desea conocer más detalles y limitaciones)
- Tratamiento de enfermedad ginecológica, incluidas las lesiones o complicaciones resultantes de un aborto electivo

Límites de beneficios: El examen anual ginecológico y los servicios relacionados están limitados a uno por año calendario. Excepto en casos de emergencia, los servicios de aborto pueden requerir autorización previa.

Los abortos solo estarán cubiertos si un médico ha certificado que el aborto es médicamente necesario para salvar la vida de la madre o si el aborto se realiza para terminar un embarazo que fue el resultado de una violación o incesto. La violación o el incesto deben haber sido reportados a la policía o a los servicios de protección de menores, a menos que el médico que trata a la paciente certifique que según su criterio profesional, la miembro es incapaz, física o psicológicamente, de cumplir con el requisito de reportarlo.

## **Contracepción**

Los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), incluyendo dispositivos anticonceptivos, anticonceptivos inyectables, dispositivos intrauterinos, e implantes; procedimientos de esterilización voluntaria, y educación y asesoramiento del paciente, sin incluir drogas abortivas, sin costo compartido para el miembro. Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos se encuentran cubiertos bajo el beneficio farmacéutico extendido con el plan.

## **Mamografías**

Se dará cobertura para las mamografías de evaluación y diagnóstico. Los beneficios para mamografías son pagaderos solo si son administradas por un Proveedor cualificado de servicios de mamografía, certificado por la Ley de Aseguramiento de Calidad de Mamografías de 1992. Copagos, de haberlos, no son aplicables a este beneficio.

## **Amamantamiento**

Apoyo y asesoramiento integral por parte de Proveedores entrenados; acceso a suministros para el amamantamiento, cobertura para un extractor de leche eléctrico y cobertura para apoyo y asesoramiento de lactación suministrada durante la hospitalización post-parto, visitas de Opción de la Madre, y visitas al obstetra o pediatra para mujeres embarazadas o en lactancia, sin costo compartido para la Miembro. Cobertura para la renta de un extractor de leche de un hospital requiere de autorización previa.

## **Pruebas de osteoporosis (Ensayos de densidad mineral ósea - BMDT)**

Se da cobertura a las pruebas de densidad mineral ósea utilizando métodos aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA). Esta prueba determina la cantidad de mineral en un área específica del hueso. Es utilizada para medir fortaleza ósea, la cual es el agregado de densidad ósea y calidad ósea. El BMDT debe ser ordenado por un proveedor profesional autorizado legalmente para ordenar tales estudios.

## **Ensayos clínicos aprobados**

El Apéndice I en la página 61 incluye más información sobre la cobertura de los ensayos clínicos o de drogas genéricos que no están disponibles.

---

## **XII. Beneficios de farmacia**

---

Brindamos cobertura para una amplia variedad de medicamentos con receta. Nuestro listado de medicamentos explica cuales están cubiertos. Típicamente, no pagaremos por medicamentos que no estén incluidos en el listado. La siguiente es información importante sobre sus beneficios de farmacia:

- Algunos medicamentos en el listado pueden requerir autorización previa
- Algunos medicamentos solo pueden cubrirse si un miembro ha cumplido ciertos criterios. Por ejemplo, hacer que el miembro o su proveedor de atención médica presenten documentación que certifique que el miembro tiene:
  - Ciertas condiciones o diagnósticos médicos que indican que el fármaco es médicamente necesario
  - Alergias a medicamentos que limitan el uso de otros con los que el miembro podría ser tratado
  - Tratamiento infructuoso de una condición o enfermedad con un medicamento diferente, sin éxito.

Debe presentar su tarjeta de identificación al momento del servicio para tener acceso a sus beneficios de farmacia.

Visite nuestro sitio de Internet en [www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania](http://www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania) para obtener más información sobre sus beneficios de farmacia o para encontrar una farmacia cerca de usted. También puede llamar a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de farmacia o si necesita ayuda para encontrar una farmacia participante.

Medicamentos selectos tales como los anticonceptivos, suplementos de hierro, fluoruro de sodio y ácido fólico, vitaminas, aspirina, disuasivos de fumar, suplementos de vitamina D, tamoxifeno, y raloxifeno, son considerados medicamentos preventivos y están cubiertos sin costo para usted, cuando sean dispensados por una farmacia participante contra una receta válida. Si desea saber si un fármaco preventivo está cubierto, llame a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447**



### **¿Están cubiertos los medicamentos de marca?**

Un medicamento de marca será sustituido por uno genérico cada vez que exista un genérico disponible. La excepción a esta norma es cuando el médico indica que la versión de marca del medicamento es médicamente necesaria. Si el médico considera que la versión de marca del medicamento es médicamente necesaria, el médico debe presentar una solicitud especial a Aetna Better Health Kids para revisión. Esta solicitud debe ser aprobada antes de que cubrimos la versión del marco de este medicamento.

### **¿Están cubiertos los medicamentos de venta libre?**

Productos selectos de venta libre (OTC) podrían estar cubiertos si son ordenados por la Ley de Protección y Cuidado Asequible del Paciente (PPACA). Si el miembro tiene una receta para un medicamento de venta libre, el medicamento se encuentra listado en el formulario, y el miembro ha recibido un diagnóstico con ciertas condiciones médicas, el medicamento podría estar cubierto. Si tiene preguntas acerca de si un medicamento de venta libre tiene cobertura, llame a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447**.

Si usted piensa que tiene una necesidad para una droga que no está cubierta por el plan de salud, puede llamar a Servicios al Cliente, al número de teléfono que aparece al dorso de la tarjeta de identificación del miembro, para recibir información sobre el proceso requerido para obtener los medicamentos recetados.

---

## **XIII. Beneficios de salud mental**

---

Algunos miembros con diagnóstico de trastornos graves de salud mental o condiciones que afecten significativamente la salud conductual del niño (es decir, esquizofrenia, autismo, etc.) pueden ser elegibles para recibir una variedad más amplia de servicios o tener diferentes limitaciones de beneficios. Comuníquese con nosotros al **1-800-822-2447** si tiene preguntas con respecto a la elegibilidad de su hijo para recibir ciertos servicios de la salud mental o límites de beneficios.

### **¿Quién puede brindarle servicios de salud mental a mi hijo?**

Excepto en caso de emergencia, los servicios de salud mental deben ser brindados por proveedores e institutos participantes. La excepción es si usted obtiene autorización previa para usar un proveedor o institución no participante.

### **¿Mi hijo necesita un referido médico para ver a un especialista de salud mental?**

Su hijo no necesita un referido médico de un PCP para ver a un proveedor de salud mental participante. Un miembro (de 14 años de edad o mayor), o un padre o tutor puede auto-referirse.

Llámenos al **1-800-822-2447** si usted:

- Necesita ayuda para el auto-referido
- Necesita ayuda para buscar un proveedor participante en su área
- Tiene dificultades para obtener una cita con un proveedor participante
- Tiene preguntas sobre los beneficios de salud conductual.

### **¿Qué ocurre si mi hijo tiene una emergencia de la salud mental?**

Una emergencia de la salud mental es la aparición repentina de una condición que puede potencialmente poner en peligro la vida, en la que usted cree que su hijo está en riesgo de lastimarse a sí mismo u otros si no se le brinda atención médica inmediata. Si usted piensa que su hijo tiene una emergencia de salud mental, vaya a la sala de emergencia más cercana.

Si usted cree que su hijo está en una situación de la salud mental que necesita ayuda urgente, llame a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447**. Usted será conectado con un profesional clínico interno o administrador de cuidado que le ayudará a evaluar la gravedad de la situación. Si se trata de una emergencia, el profesional de salud mental le ayudará a obtener el tratamiento que su hijo necesita lo más pronto posible.

Si la condición no pone en peligro la vida ni requiere admisión hospitalaria inmediata, programaremos una cita de atención de urgencia para su hijo.

Si su situación ocurre después de las horas habituales de oficina o si usted cree que su situación es una emergencia grave o potencialmente mortal, llame al **911**.

El tratamiento inicial para una emergencia de la salud mental está cubierto incluso cuando es brindado por proveedores de salud mental no participantes o en un instituto no participante, si los síntomas son tan graves como para requerir atención inmediata.

Los servicios hospitalarios de salud mental solo pueden ser brindados por proveedores participantes en institutos participantes, a menos que la admisión haya ocurrido como consecuencia de una emergencia psiquiátrica. Si su hijo es admitido en un instituto no participante, usted debe comunicarse con Aetna Better Health Kids dentro de las 24 horas para informar de la admisión. Una vez que se determine que la condición de su hijo no es de emergencia, su hijo podrá ser trasladado a un instituto participante. Si usted rehúsa trasladar a su hijo a un instituto participante una vez finalizada la emergencia psiquiátrica, es posible que los servicios que su hijo reciba en el instituto no participante no estén cubiertos.

Los beneficios de internación para hospitalizaciones médicas y de salud mental, rehabilitación en hospital por motivos médicos y servicios de enfermería especializada no están limitados.

### **¿Los servicios de la salud mental ambulatorios necesitan autorización previa?**

Algunos servicios de salud mental puede que requieran autorización previa. El proveedor de salud mental de su hijo es responsable de obtener las autorizaciones necesarias llamando a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447**.

### **¿Qué beneficios de la salud mental ambulatorios están cubiertos?**

No hay límites para visitas ambulatorias de salud mental por año de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen:

- Exámenes psicológicos
- Visitas a proveedores de la salud mental
- Hospitalizaciones parciales
- Terapia ambulatoria intensiva
- Administración de medicamentos

---

## **XIV. Beneficios por abuso de sustancias**

---

CHIP cubre desintoxicación en hospital, tratamiento residencial no hospitalario y tratamiento ambulatorio relacionado con abuso de drogas y alcohol para su hijo.

Si cree que su hijo tiene un problema con las drogas o el alcohol, no demore para pedir la ayuda que necesita. Cuanto más pronto comience el tratamiento con un proveedor profesional, más posibilidades tendrá de recuperarse con éxito.

Los beneficios por abuso de sustancias no cubren los servicios relacionados con abuso de tabaco. Sin embargo, Aetna Better Health ofrece un programa gratuito de manejo de enfermedades para ayudar a su hijo a dejar el uso de productos relacionados con tabaco. Llame a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** para inscribir a su hijo hoy mismo en el programa para dejar el tabaco.

### **¿De quién puede recibir mi hijo servicios por abuso de sustancias?**

Los servicios por abuso de sustancias deben ser brindados por proveedores y centros médicos participantes, a menos que hayamos autorizado previamente el uso de un proveedor o centro médico no participante.

### **¿Mi hijo necesita un referido médico para ver a un especialista por abuso de sustancias?**

Su hijo no necesita un referido médico de un PCP para ver a un proveedor por abuso de sustancias participante. Un miembro (de 14 años de edad o mayor), o un padre o tutor puede auto-referirse.

Llámenos al **1-800-822-2447** si usted:

- Necesita ayuda para el auto-referido
- Necesita ayuda para buscar un proveedor participante en su área
- Tiene dificultades para programar una cita con un proveedor participante
- Tiene preguntas sobre los beneficios por abuso de sustancias

En la tarjeta de identificación de Aetna Better Health Kids de su hijo, para su comodidad, aparece el número de Servicios al Miembro.

### **¿Qué ocurre si mi hijo tiene una emergencia o crisis por abuso de sustancias?**

Una crisis por abuso de sustancias se produce cuando se considera que su hijo está en peligro inminente, que puede poner en riesgo su vida y que necesita desintoxicación inmediata por dependencia de sustancias químicas. Por favor vaya a la sala de emergencia más cercana.

### **¿Qué necesito saber sobre desintoxicación en hospital?**

La desintoxicación es el proceso por el cual un miembro dependiente, drogado o alcoholizado es asistido durante el tiempo necesario para eliminar la presencia de las sustancias intoxicantes o el factor o factores de dependencia, mientras se mantiene el riesgo fisiológico o psicológico en un nivel mínimo al miembro. La desintoxicación en hospital se utiliza cuando los signos y síntomas de abstinencia de un miembro son lo suficientemente graves como para requerir atención hospitalaria las 24 horas, con monitoreo médico de profesionales médicos y de enfermería.

Los servicios de la salud mental hospitalarios solo pueden ser brindados por proveedores participantes en centros médicos participantes, a menos que la admisión haya ocurrido como consecuencia de una emergencia psiquiátrica. Si su hijo es admitido en un centro médico no participante, usted debe comunicarse con Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** dentro de las 24 horas para informarles de la admisión. Una vez que se determine que la condición de su hijo no es de emergencia, su hijo podrá ser trasladado a un centro médico participante. Si usted se niega a trasladar a su hijo a un centro médico participante una vez finalizada la emergencia psiquiátrica, es posible que los servicios que su hijo reciba en el centro médico no participante no estén cubiertos.

### **¿Qué necesito saber sobre el tratamiento residencial no hospitalario?**

El tratamiento residencial no hospitalario se refiere a aquellos servicios que son administrados en centros donde el miembro vive mientras participa en un programa integral de tratamiento de dependencia de sustancias químicas en un ámbito terapéutico que ha cumplido con los estándares mínimos establecidos por el Departamento de Salud de Pennsylvania. Los miembros que no requieren monitoreo médico durante el período de abstinencia también pueden recibir servicios relacionados con la desintoxicación en estos centros.

La admisión a un instituto no hospitalario para el tratamiento por abuso de drogas y alcohol nunca se considera tratamiento de emergencia.

Los servicios de tratamiento residencial no hospitalario solo pueden ser brindados por proveedores participantes en institutos participantes, a menos que Servicios al Miembro en el **1-800-822-2447** autorice previamente el uso de un proveedor o instituto no participante antes de que su hijo sea admitido y comience a recibir servicios. El seguro de su hijo no cubrirá los servicios residenciales no hospitalarios por abuso de sustancias que su hijo reciba en un instituto no participante.

## **¿Qué beneficios ambulatorios por abuso de sustancias están cubiertos?**

Entre los servicios cubiertos se incluyen:

- Exámenes psicológicos y de laboratorio
- Visitas a proveedores de rehabilitación por abuso de sustancias
- Hospitalizaciones parciales
- Terapia ambulatoria intensiva
- Administración de medicamento

---

## **XV. Beneficios dentales**

---

CHIP cubre los servicios dentales necesarios para prevenir las enfermedades y promover la salud oral, restaurar estructuras orales a su salud y funcionamiento y tratar condiciones de emergencia. No hay copagos para los servicios dentales. Usted tampoco necesita obtener un referido de su PCP para programar una cita. Asegurarse de que su hijo reciba una atención dental de alta calidad no podría ser más fácil.

La caries dental es la enfermedad crónica infantil más común. Ayude a prevenir que su hijo sufra los efectos de la caries dental motivándolo para que practique una buena higiene oral todos los días. Además, llévalo a ver al dentista para realizar chequeos programados regularmente, aunque sus dientes parezcan estar saludables.

### **¿A quién puede ver mi hijo para atención dental?**

Usted puede concertar una cita con cualquier dentista participante de SKYGEN. Puede encontrar una lista de proveedores de SKYGEN en [aetnabetterhealth.com/pa](http://aetnabetterhealth.com/pa) o llamando a Servicios al Miembro de SKYGEN al **1-800-508-2072**, TTY **1-800-466-7566**. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor dental o concertar una cita, llame a Servicios al Miembro de SKYGEN al **1-800-508-2072** y una persona lo ayudará.

### **¿Puede mi hijo recibir servicios de un proveedor dental no participante?**

Sí, pero si usted lleva a su hijo a un dentista no participante, usted será responsable de pagar la diferencia entre el costo del dentista no participante y la asignación por los servicios cubiertos.

### **¿Cuál es el costo de la atención dental?**

Excepto en caso de emergencia, para que un beneficio dental sea completamente cubierto por CHIP, la atención dental debe ser provista por un dentista que sea un proveedor participante de SKYGEN. Los beneficios dentales cubiertos por un proveedor participante y aprobado por SKYGEN no tendrán costos de bolsillo. Algunos proveedores dentales no participantes esperarán el pago completo por sus servicios al momento de la visita.

En este caso, será su responsabilidad pagar la factura. Simplemente envíe la factura a SKYGEN y solicite el reembolso. Le enviaremos un cheque por el monto permitido de los servicios cubiertos que su hijo recibió. Este cheque puede ser menos que el monto que usted le pagó al dentista no participante.

En el caso de un servicio cubierto para el cual el dentista, el miembro o el padre del miembro selecciona un curso de tratamiento más costoso que lo usual proporcionado para la condición dental, el pago bajo este beneficio se basará en el cargo asignado para un procedimiento menos costoso. En este caso, el dentista podría escoger equilibrar la factura por la diferencia entre el cargo real del servicio que fue suministrado y la cantidad recibida de SKYGEN.

### **¿Qué servicios dentales no están cubiertos por CHIP?**

CHIP no cubre los servicios dentales realizados con fines cosméticos en vez de necesidad médica. CHIP tampoco cubre más tratamiento por falta de cumplimiento con el cuidado dental recomendado.

## ¿Qué servicios dentales están cubiertos por CHIP?

Tratamiento profiláctico de rutina cada 6 meses (incluyendo limpieza, remoción de sarro y pulido de los dientes), excepto en el caso de un Miembro bajo el cuidado de un profesional médico para embarazo, para lo cual será elegible para una profilaxis adicional durante el embarazo. Es completamente gratis cuando los servicios son brindados por un dentista participante.

Su hijo es elegible para obtener varios beneficios dentales adicionales. Todos los servicios dentales relacionados con el cuidado, amalgamas, sacado o reemplazo de dientes, incluyendo, pero sin limitarse a la apicectomía (resección de la raíz dental), ortodoncia, impactaciones de tejido blando, son servicios cubiertos (cuando medicamente necesarios).

Algunos de los servicios dentales relacionados que su hijo puede ser elegible para recibir, se indican a continuación. Algunos servicios requieren autorización previa y pueden estar disponibles solo si se determina que son médicamente necesarios y apropiados para la edad de su hijo.

- Selladores - hasta los 19 años
- Radiografías intraorales y periapicales
- Radiografías de toda la boca
- Mantenedores de espacio fijo
- Re-cementado de mantenedores de espacio
- Ajustes de dentaduras postizas
- Restauración de dentaduras postizas parciales
- Restauraciones con compuestos a base de resina
- Restauración de amalgamas
- Apicectomía
- Cirugía periodontal e injertos de tejido
- Tratamiento paliativo de emergencia para dolor dental.
- Tratamientos de canal (solo para dientes permanentes)
- Injertos de tejido blando
- Alargamiento de corona
- Reparación de corona
- Cirugía bucal
- Prótesis
- Cirugía dental
- Protectores oclusales

Si tiene preguntas sobre sus beneficios, llame a Servicios al Miembro de SKYGEN al **1-800-508-2072**, TTY **1-800-466-7566**. Ellos tienen información detallada sobre las limitaciones específicas de los beneficios que pueden corresponder a los servicios que no son de rutina. También puede visitar nuestro sitio de Internet en **[www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania](http://www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania)**.

Ortodoncia (frenos): Existe tratamiento disponible si se determina que es el único método capaz de restaurar la salud y el funcionamiento de la estructura bucal de su hijo, por ejemplo, evidencia de una maloclusión severa incapacitante que interfiere con la ingestión de alimentos, respiración o habla de su niño. No se cubre la ortodoncia para fines cosméticos. Servicios requieren autorización previa.

---

## **XVI. Beneficios de visión / Cuidado de ojos**

---

Los problemas de ojos sin tratamiento pueden ocasionar problemas de aprendizaje y comportamiento que afectan negativamente la vida de un niño. Con una adecuada atención al cuidado de los ojos, incluyendo exámenes regulares, muchos problemas pueden ser evitados.

### **¿A quién puede ver mi hijo para el cuidado de la vista?**

Usted puede programar una cita con cualquier óptico, optómetra u oftalmólogo participante de Superior Vision. Puede encontrar una lista de proveedores de la vista en nuestro sitio de Internet en **[www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania](http://www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania)**. También puede llamar a Servicios al Miembro de Superior Vision al **1-800-428-8789**.

No necesita obtener un referido médico del PCP de su hijo para hacer una cita con el oftalmólogo. Comuníquese con Servicios al Miembro de Superior Vision al **1-800-428-8789** si tiene dificultad para encontrar un proveedor de la vista participante o para programar una cita.

### **¿Puede mi hijo recibir servicios de un proveedor de la vista no participante?**

Sí, pero es posible que el proveedor no participante no considere el monto permitido para los servicios cubiertos como pago total por los servicios prestados, o el equipo suministrado a su hijo. Si usted lleva a su hijo a un dentista no participante, usted será responsable de pagar la diferencia entre el costo del dentista no participante y la asignación por los servicios cubiertos o equipo.

### **¿Cuánto cuesta el cuidado de la vista?**

Los proveedores participantes de Aetna Better Health Kids aceptarán la asignación como pago total por los servicios cubiertos. El proveedor participante se hará cargo de toda la documentación de su hijo y el pago se le hará directamente. Cuando utilice un proveedor participante, no tendrá gasto de bolsillo alguno ni será responsable de parte alguna de la factura. De suministrarse algún servicio bajo el beneficio médico por un diagnóstico de cataratas, queratocono, o afaquia, es posible que haya copago.

Algunos proveedores de la vista no participantes esperarán el pago completo por los servicios prestados en el momento de la visita. En este caso, será su responsabilidad pagar la factura. Lo único que usted debe hacer es presentar la factura a Aetna Better Health Kids y solicitar el reembolso. Le enviaremos un cheque por el monto permitido de los servicios cubiertos que su hijo recibió. Este cheque puede ser menos que el monto que usted le pagó al proveedor no participante.

En el caso de un servicio cubierto en el que el proveedor de la vista, el miembro o el padre del miembro selecciona un curso de tratamiento y equipo más costoso del que usualmente se aplica, el pago conforme a este beneficio se basará en el cargo permitido del procedimiento o equipo menos costoso.

En este caso, el proveedor de la vista puede optar por facturarle a usted la diferencia entre el cargo del servicio real prestado o del equipo suministrado y el monto recibido de Aetna Better Health Kids.

### **¿Qué beneficios de la vista están cubiertos?**

Aetna Better Health Kids cubre servicios de emergencia, preventivos y rutinarios de cuidado de la vista.

- Lentes
- Lentes de contacto se cubren si son médicamente necesarios, en lugar de espejuelos
- Monturas



Otros servicios de la vista que se incluyen, sin copago cuando sean médicamente necesarios, son:

- Cobertura de lentes de vidrio o plásticos que incluyen: sencillos, bifocales, trifocales, lentes lenticulares de potencia, lentes de moda y de tinte gradiente, lentes de sol recetados en sobre-medida de vidrio gris N° 3, lentes recetados de policarbonato con capa resistente a ralladuras, y artículos para baja visión
- Nota: Los lentes de policarbonato están totalmente cubiertos para niños, pacientes monoculares, y pacientes con prescripción superior a +/- 6,00 dioptrías.
- Examen de la vista y servicios de refracción - Incluye hasta un examen de la vista de rutina y prueba de refracción por año de beneficios, a menos que un segundo examen de la vista y prueba de refracción sean médicamente necesarios. Esto incluye la dilatación de ser profesionalmente indicada. Sin costo para el miembro dentro de red. No hay cobertura fuera de red.
- Lentes: Dentro de red - Un par es cubierto por año calendario. Fuera de red<sup>1</sup>: No hay cobertura.
- Monturas: Dentro de red - Sin costo para el miembro. Gastos superiores a los \$130 de asignación: pagaderos por el miembro. Adicionalmente, un descuento de 20% es aplicable a cualquier cantidad en exceso de \$130<sup>2</sup>. Fuera de red: No hay cobertura.
- Lentes de contacto: Una prescripción anual (en lugar de espejuelos) o cuando sea necesario medicamente para corrección de la vista.
  - Gastos en exceso de \$600 para lentes de contacto necesarios medicamente, con aprobación previa. Estas condiciones incluyen:
    - Afaquia, pseudoafaquia o queratocono, si el paciente ha tenido operación de cataratas o implante, u operación de trasplante de córnea, o si la actividad visual no es corregible a 20/40 en el peor de los ojos mediante el uso de espejuelos, pero puede ser mejorado a 20/40 con el peor ojo con el uso de lentes de contacto.
- **Frecuencia de reemplazo de lentes y monturas:** Un par de espejuelos cada 12 meses, cuando sea medicamente necesario para la corrección de la visión. Un reemplazo, por rotura, pérdida o rallones, cuando medicamente necesario, de monturas y lentes de contacto (un original y un reemplazo, sin exceder de dos por año de beneficios)

**Puede haber copagos para tipos opcionales de lentes y tratamientos:**

- Capa protección ultravioleta. .... No copago
- Lentes de policarbonato (si no es niño, monocular, o prescripción superior a +/-6.00 dioptrías..... \$30
- Lentes de segmentos sin línea..... \$20
- Lentes de visión intermedia ..... \$30
- Progresivos estándar ..... \$50
- Progresivos Premium (Varilux®, etc.) ..... \$90
- Lentes de vidrio fotocromáticos ..... \$20
- Lentes de vidrio fotosensibles (Transitions®) ..... \$65
- Lentes polarizados ..... \$75
- Lentes con capa antirreflejos estándar (AR)..... \$35
- Capa AR Premium ..... \$48
- Capa Ultra AR ..... \$60
- Lentes de alto índice..... \$55
- **Lentes de contacto:** Gastos en exceso de la asignación de \$130 (aplicable contra el costo de evaluación, materiales, ajuste y seguimiento). Adicionalmente, un 15% de descuento aplica a cualquier monto por encima de \$130.

<sup>1</sup> La exclusión fuera de red aplica solo si el niño se encuentra en su área de cobertura al momento de reemplazo de los espejuelos o lentes de contacto. Si el niño se encuentra inesperadamente fuera del área, por ejemplo, de vacaciones, y necesita reemplazo de lentes de contacto o espejuelos, los gastos pueden ser enviados al plan para su reembolso.

<sup>2</sup> Puede haber descuentos adicionales de parte de los proveedores participantes.

**Nota:** En algunos casos, los proveedores participantes cobran por separado la evaluación, ajuste, o atención de seguimiento para lentes de contacto. De esto ocurrir y cuando el valor de los lentes de contacto recibidos sean menos que la asignación, usted puede presentar un reclamo por el balance restante (la totalidad del reembolso no será en exceso de la asignación total).

- **Visión baja:** Una evaluación integral de baja visión cada 5 años, con un cargo máximo de \$300; la asignación máxima de ayuda es de \$600, con un máximo de por vida de \$1.200 para artículos tales como espejuelos de alta potencia, magnificadores y telescopios; y cuatro visitas de seguimiento con un cargo máximo de \$100 por visita. Los proveedores obtendrán la autorización previa requerida para estos servicios.

## ¿Qué beneficios de la vista no están cubiertos?

Cirugía refractiva

---

## XVII. Exclusiones de CHIP

---

CHIP no cubre todos los servicios, suministros o cargos. Excepto según lo específicamente indicado en el resumen de beneficios de CHIP o específicamente identificados en este manual como un beneficio ampliado de Aetna Better Health Kids, no se brindarán beneficios para los siguientes servicios, suministros y cargos, que incluyen, pero no se limite a:

- Medicina alternativa: Incluye, pero no se limite a: acupuntura, acupresión, aromaterapia, terapia de aversión, medicina ayurvédica, terapia bioenergética, terapia de dióxido de carbono, terapia de confrontación, terapia de sanación con cristales, desprogramación de cultos, terapia con delfines, terapia de aversión eléctrica para el alcoholismo, equinoterapia, terapias expresivas como el arte o psicodrama, imágenes guiadas, medicina deportiva, medicina herbal, homeopatía, terapia hiperbárica, terapia de masaje, narcoterapia, naturoterapia, terapia ortomolecular, terapia primal, terapia de relajamiento, meditación trascendental y yoga.
- Fertilización asistida
- Servicios de la salud del comportamiento por los siguientes motivos:
  - Cualquier servicio relacionado con trastornos que no están definidos como trastornos mentales tratables conforme al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)
  - Servicios que no se espera que produzcan una mejoría demostrable en la condición del miembro y/o en el nivel de sus funciones, y terapia de mantenimiento crónico, excepto en el caso de enfermedades/trastornos mentales graves
  - Tratamientos de hospitalización o ambulatorios relacionados con el retraso mental
  - Mantenimiento con metadona para el tratamiento de la dependencia de sustancias químicas
- Artículos para comodidad y conveniencia
- Dispositivos correctivos: los cuales están destinados principalmente a propósitos atléticos o relacionados con un plan de tratamiento de medicina deportiva
- Cirugía cosmética u otros procedimientos: cirugía cosmética u otros procedimientos para reparar o dar nueva forma a una estructura o mejorar el aspecto de la persona corporal o con motivos psicológicos o emocionales y de los cuales no puede esperarse ninguna mejoría en la función fisiológica con la excepción de cirugía o servicios requeridos por la ley o según especificados en la sección de beneficios cubiertos de arriba.
- Sentencia judicial: servicios por sentencia judicial, cuando no son médicamente necesarios para la condición de salud médica o del comportamiento del miembro, según lo determine el médico del miembro
- Cuidado de custodia
- Exclusiones dentales específicas:
  - Puentes, a menos que se requieran como consecuencia de un accidente o una lesión

- Reclamamos que incluyen servicios cubiertos en los que el dentista y el miembro eligen un curso de tratamiento más costoso que aquel que la profesión dental brinda normalmente y que respeta los estándares profesionales sólidos de la práctica dental para la condición dental de la que se trata
  - Dentaduras postizas y otras prostodoncias, a menos que sean médicamente necesarias como consecuencia de cirugía por trauma o proceso de enfermedad que hace que la condición dental sea intratable por un procedimiento de restauración menos intensivo
  - Dispositivos, aparatos y servicios duplicados y temporales
  - Restauraciones con láminas de oro y restauraciones o prostodoncia utilizando metales altamente nobles o nobles a menos que se determine que el uso de tales materiales es médicamente necesario
  - Carillas labiales
  - Laminados hechos con fines cosméticos
  - Anestesia local cuando es facturada por separado por un dentista
  - Cirugía oral que tiene cobertura de acuerdo con el aspecto médico de los beneficios
  - Programas de control de sarro, educación de higiene oral e instrucción sobre alimentos
  - Reemplazo de retenedor
- Medicamentos:
  - Medicamentos del programa Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, DESI)
  - Medicamentos experimentales
  - Medicamentos para adelgazar
  - Agentes para la infertilidad
  - Medicamentos usados con fines cosméticos
  - Medicamentos destinados a ser utilizados en investigación
  - Medicamentos usados para el crecimiento del cabello
  - Medicamentos contra la impotencia
- Equipo médico duradero: Equipo/ suministros médicos que son:
  - De naturaleza prescindible
  - Vendajes, a menos que el nivel de atención requiera una atención domiciliar de enfermería especializada
  - Utilizados principalmente con fines no médicos, por ejemplo, aire acondicionado, humidificadores o limpiadores de aire eléctricos
  - Artículos para la comodidad o conveniencia básica, o principalmente para la conveniencia de una persona que cuida a un miembro
- Exámenes: Examen físico o evaluación, o cualquier evaluación de la salud mental o de dependencia de sustancias químicas realizados principalmente a pedido de un tercero, incluyendo abogados, empleadores, compañías de seguros, escuelas, campamentos y oficinas para licencias de conducir, entre otros, para la protección o conveniencia de estos o para cumplir un requisito impuesto por estos.
- Formularios: cargos por completar cualquier informe especializado, formulario o formulario de seguro o por copiar registros médicos
- No se brinda cobertura para servicios alimentarios, servicios de ayuda en el hogar, terapia de mantenimiento, cuidado de custodia y alimentos o comidas a domicilio.
- Vacunas y medicamentos: vacunas y medicamentos usados para la prevención de enfermedades, cuando se requieren únicamente para empleo o para viajar fuera de los Estados Unidos
- Atención a largo plazo
- Servicios o suministros médicamente innecesarios
- Retraso mental: servicios para el tratamiento de retraso mental, excepto como se indique en el presente
- Servicio militar: atención de incapacidades y condiciones relacionadas con el servicio militar por las cuales el miembro tiene derecho legal a recibir servicios bajo otra cobertura

- Accidente automotriz/compensación para trabajadores:
  - El costo de los servicios hospitalarios, médicos u otros servicios de la salud resultantes de lesiones corporales accidentales sufridas como consecuencia de un accidente automotriz, en la medida en que tales beneficios sean pagaderos conforme a cualquier estipulación de pago de gastos médicos (mediante el uso de cualquier terminología, incluidos los beneficios exigidos por ley) de cualquier póliza de seguro automotriz, a menos que esté prohibido de otro modo por la ley aplicable. El servicio por el cual la ley federal, estatal o local exige que la cobertura deberá adquirirse o proporcionarse por medio de otros arreglos, entre ellos, por ejemplo, la cobertura exigida por la compensación para trabajadores, el seguro automotriz sin culpabilidad o legislación similar.
- Servicios no cubiertos:
  - Cualquier servicio, suministro o tratamiento que no esté específicamente enumerado como beneficio, servicio, suministro o tratamiento cubierto conforme a CHIP, a menos que se trate de un servicio básico de salud. Todo servicio cubierto relacionado con o requerido por un artículo excluido o servicio no cubierto, a menos que tales servicios se consideren servicios básicos de salud.
  - Cargos por copagos que son responsabilidad del miembro
  - Cargos por conversaciones telefónicas o por no presentarse a una cita programada.
  - Servicios o suministros que no hayan sido brindados o dispuestos por un proveedor participante de CHIP y autorizados para su pago de acuerdo con las políticas y procedimientos de administración médica de CHIP
- Servicios brindados por un proveedor sin licencia o un proveedor no reconocido por CHIP
- Servicios recibidos después de la fecha de finalización de la cobertura del miembro, excepto según lo requiera CHIP
- Servicios brindados antes de la fecha de vigencia de la cobertura del miembro
- Servicios prestados por un proveedor que es familiar directo o que vive en la casa del miembro
- Servicios que el miembro no tendría ninguna obligación legal de pagar
- Servicios prestados por un proveedor profesional inscrito en un programa de educación o capacitación, cuando tales servicios están relacionados con el programa de educación o capacitación
- Servicios relacionados con el objetivo de obtener o mantener una licencia, empleo, seguro, o con fines relacionados con procedimientos judiciales o administrativos, como por ejemplo adjudicación de manutención de menores o pensión alimenticia, o casos de custodia
- Servicios que requieren una autorización previa de CHIP, para los cuales el miembro o proveedor tratante no obtuvo la autorización previa
- Servicios prestados por dos proveedores profesionales diferentes, que brindaron los mismos servicios en la misma fecha para el mismo miembro
- Servicios de naturaleza principalmente educativa, rehabilitación vocacional y terapia recreativa y educativa, excepto según lo exija la ley y cuando se determine que son médicamente necesarios
- Tratamiento de una disfunción sexual no directamente relacionada con una enfermedad orgánica o lesión
- Artículos no médicos
  - Suplementos nutricionales
  - Cualquier leche de fórmula, cuando se utilice para la conveniencia del miembro o de la familia del miembro
  - Alimentos licuados, alimentos para el bebé, espesantes o alimentos comunes de supermercado cuando se utilizan con un sistema enteral
  - Leche o leche de fórmula para bebés a base de soya con proteínas intactas
  - Alimentos normales que se utilizan en el manejo dietético de trastornos metabólicos genéticos hereditarios pocos comunes
  - Suplementos nutricionales o cualquier otra sustancia usada con el solo propósito de perder o ganar peso, o para suplementación, limitación o mantenimiento de calorías

- Aislados semisintéticos de proteína o proteína intacta oral, aislados de proteína o proteína intacta natural y aislados de proteína o proteína intacta
- Productos alimentarios comunes o de anaquel, incluidos los suplementos nutricionales orales disponibles de venta libre
- Suplementos alimentarios, alimentos sin lactosa, vitaminas o minerales usados para reemplazar a los alimentos que producen intolerancia o ciertas leches de fórmula para bebés usadas para complementar una alimentación deficiente o brindar nutrición alternativa
- Vitaminas o minerales que se toman por vía oral, a menos que estén cubiertos por el beneficio de farmacia
- Productos enterales y suministros relacionados que se administran oralmente
- Cirugía oral: servicios relacionados con el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular o de trastornos de la articulación temporomandibular, con excepción de la cirugía para la enfermedad de la articulación temporomandibular, según se indica en la sección de beneficios cubiertos
- El cuidado rutinario del pie: El cuidado rutinario del pie (como recortar uñas) no está cubierto. Otros servicios relacionados con el pie, como el tratamiento de uñas encarnadas y servicios para el tratamiento de la diabetes o aquellos médicamente necesarios debido a enfermedad vascular periférica grave están cubiertos.
- Servicios de interrupción de embarazo: excepto aquellos brindados conforme a las leyes del Estado de Pennsylvania
- Centro público/gubernamental: atención de condiciones que la ley federal, estatal o local exige sean tratadas en un centro público, o servicios suministrados por cualquier nivel del gobierno, a menos que la cobertura sea una exigencia legal
- Terapia de rehabilitación para trastornos psiconeuróticos o de personalidad
- Procedimientos de reversión de esterilización voluntaria
- Servicios brindados sin la autorización previa requerida
- Maternidad sustituta: todos los servicios y suministros relacionados con la maternidad sustituta, como por ejemplo todos los servicios y suministros relativos a la concepción y atención prenatal hasta posnatal de una mujer miembro que actúe como madre sustituta
- Trasplantes/donación de órganos
- Trasplantes experimentales o de investigación
- Servicios requeridos por un miembro, relacionados con la donación de órganos cuando el miembro actúa como donante de órganos, a menos que el receptor tenga cobertura de CHIP
- Servicios requeridos por un donante cuando los beneficios están disponibles para el donante desde otra fuente. Esto incluye, por ejemplo, otra cobertura de seguro o cualquier programa gubernamental. Los beneficios que no estén disponibles desde otra fuente y que se suministren al donante se deducirán de la cobertura del miembro.
- No se realizará ningún pago por órganos humanos que se venden en lugar de donarse
- Transporte con fines de rutina o no de emergencia
- Exclusiones específicas para la vista:
  - Cobertura para tratamiento médico o quirúrgico, medicamentos o medicaciones, lentes sin receta, exámenes, procedimientos de entrenamiento o materiales no enumerados como beneficios de CHIP
  - Procedimientos especiales o poco comunes, como, por ejemplo: ortóptica, entrenamiento de la vista, ayudas para la vista por debajo de lo normal y tonografía
  - Reemplazo de lentes, lentes de contacto o monturas perdidos, robados, rotos o dañados, excepto en los intervalos especificados en el Resumen de Beneficios de CHIP
  - Servicios o materiales suministrados por el gobierno federal, estatal o local, o por compensación para trabajadores
  - Cirugía para corregir miopía, hiperopía, astigmatismo y queratotomía radial
  - Reducción de peso: cirugía bariátrica, medicación contra la obesidad, como, por ejemplo, supresores del apetito e inhibidores de la lipasa

---

## **XVIII. Administración de casos**

---

Algunos miembros tienen necesidades de cuidado de la salud y condiciones médicas especiales. La Administración de Casos de Aetna Better Health Kids incluye a enfermeros y trabajadores sociales que trabajan con muchos proveedores, agencias y organizaciones de cuidado de la salud para obtener los servicios y el cuidado que usted necesita.

Nuestro equipo de Administración de Casos puede ayudarle a aprender más acerca de su condición. Ellos pueden ayudarle, a usted y a su proveedor, a crear un plan de cuidado que sea ideal para usted. También pueden ponerle en contacto con servicios de apoyo para dejar el tabaco y para problemas de manejo del peso relacionados con la obesidad.

¡Queremos ayudarle! Llame a Servicios al Miembro y pida hablar con alguien en nuestro equipo de Administración de Casos.

Su membresía en el programa de Administración de Casos es voluntaria. Puede ingresar o salir en cualquier momento. Solo llámenos al **1-800-822-2447**.

---

## **XIX. Manejo de enfermedades**

---

Los programas de manejo de enfermedades suministran información específica a los miembros que tienen ciertas condiciones de salud. Proporcionan apoyo especializado y educación para los miembros diagnosticados con ciertas condiciones que requieren esfuerzos de autocuidado específicos. El manejo de enfermedades ayuda a mejorar la calidad de vida del miembro al prevenir o minimizar los efectos de una enfermedad o condición. También ayuda a reducir los costos de la atención médica. Los programas de manejo de enfermedades no tienen costo para los miembros de CHIP que sean elegibles. Usted puede aceptar o rechazar cualquiera de nuestros programas de Administración de casos en cualquier momento.

### **¿Qué programas de manejo de enfermedades están disponibles?**

Los miembros de CHIP son elegibles para participar en cualquiera de los siguientes programas de manejo de enfermedades:

- Asma
- Diabetes

Llame a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** para obtener más información sobre los programas de manejo de enfermedades disponibles para su hijo.

### **¿Cómo puedo inscribir a mi hijo en un programa de manejo de enfermedades?**

Podemos inscribir automáticamente a su hijo en un programa de manejo de enfermedades si su hijo tiene ciertos diagnósticos. El PCP de su hijo también puede inscribir a su hijo en uno de los programas de manejo de enfermedades de Aetna Better Health Kids.

Si su hijo no está actualmente inscrito en un programa y usted cree que podría beneficiarse de los servicios de manejo de enfermedades, puede comunicarse con Servicios al Miembro al **1-800-822-2447**.

Su membresía en el Programa de manejo de enfermedades es de carácter voluntario. Si en cualquier momento desea dejar de participar en el programa, simplemente llámenos al **1-800-822-2447**.

---

## **XX. Administración de la utilización**

---

La Administración de la utilización es un proceso que utilizamos para administrar el uso de servicios médicos. Este proceso nos permite comprobar que su hijo reciba la atención necesaria, apropiada y de alta calidad, de un modo económico.

Puede obtener más información sobre el proceso de la utilización llamándonos al **1-800-822-2447**. También puede llamarnos para hablar sobre por qué se tomó determinada decisión y ver los criterios utilizados



para tomar esa decisión. Aetna Better Health basa sus decisiones de administración de la utilización en lo apropiado del cuidado y servicios, así como en la existencia de cobertura.

No recompensamos a practicantes médicos u otros individuos por emitir denegaciones de cobertura. Tampoco ofrecemos incentivos financieros a personas quienes hacen decisiones de la utilización o cuidado que pudieran resultar en utilización baja.

Además, no usamos incentivos para animar barreras para el cuidado y servicio. Aetna Better Health Kids prohíbe la toma de decisiones en torno a la contratación, promoción o finalización de sus practicantes médicos u otros individuos a base de la probabilidad o la percepción de probabilidad de que la persona apoyará o tenderá a apoyar la denegación de beneficios

Conforme se revisen las políticas y ocurran cambios, se lo notificaremos mediante correspondencia, boletines, etc.; o puede mantenerse actualizado visitando nuestro sitio web en **[www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania](http://www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania)** para más información sobre las políticas y los procedimientos.

---

## **XXI. Evaluación de nuevos tratamientos y tecnologías**

---

El acceso de los miembros a una atención segura y efectiva es de gran importancia para nosotros. Habitualmente evaluamos nuevos servicios de atención médica, procedimientos, dispositivos y tratamientos farmacológicos para determinar si deberían incluirse como beneficios de CHIP para nuestros miembros. Para ser considerado para cobertura, el nuevo tratamiento o tecnología debe:

- Contar con la aprobación final de los organismos reguladores gubernamentales correspondientes, como por ejemplo la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA)
- Estar sustentado por publicación de pruebas científicas de que el tratamiento o tecnología poseen valor terapéutico
- Tener efectos útiles sobre los resultados de salud o los riesgos de salud
- Brindar un beneficio que sea similar o superior a cualquier alternativa actual

Estamos comprometidos a evaluar todos los nuevos tratamientos y tecnologías que el médico de su hijo solicite para la atención de su hijo. Nuestros directores médicos tienen en cuenta la nueva información médica y científica, así como los requisitos gubernamentales aplicables cuando revisan estas solicitudes. Tanto usted como el médico de su hijo serán notificados sobre la decisión de Aetna Better Health Kids.

---

## **XXII. Programa para la mejora de la calidad**

---

Contamos con un programa para monitorear y mejorar la atención que su hijo recibe como miembro de CHIP. Eso incluye la atención que su hijo recibe de proveedores participantes, así como los servicios y otros programas que están a disposición de usted y su hijo.

Trabajamos con los proveedores participantes para cumplir con las pautas, estándares y reglamentos de las agencias reguladoras y los organismos de acreditación, incluyendo los Departamentos de Salud, de Seguro y de Bienestar Público de Pensilvania, los Centros Federales para Servicios de Medicare y Medicaid, y el Comité Nacional para el Control de Calidad.

Algunas de las áreas que monitoreamos como parte de nuestro programa de mejora de la calidad incluyen:

- Acreditación y re-acreditación de médicos y otros proveedores
- Atención médica preventiva y oportunidades para mejorar el bienestar de los miembros
- Acceso a la atención y satisfacción con esta
- Administración de la utilización

Si desea más información sobre el programa para la mejora de la calidad de Aetna Better Health Kids, puede llamar a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447**. Podemos brindarle una descripción del programa e información actualizada sobre cómo cumplimos con cualquier objetivo establecido.

También puede visitar [www.chipcoverspakids.com](http://www.chipcoverspakids.com) para ver los informes de rendimiento anual de CHIP.

---

## **XXIII. Privacidad y confidencialidad**

---

Usted obtendrá una copia del Aviso de Privacidad de Aetna Better Health Kids en su paquete de bienvenida. El aviso también se publica en el sitio de Internet de Aetna Better Health Kids. Le dice cómo podemos utilizar su información para las actividades del plan médico. También le explica cómo usted puede ver sus expedientes, obtener una copia de ellos o cambiarlos. Su información de salud se mantendrá privada y confidencial. Se divulgará solo si la ley lo permite o si usted nos da permiso para divulgarla.

---

## **XXIV. Fraude y abuso**

---

Tenemos un número directo que se puede usar para denunciar a un proveedor de atención médica, centro o comercio por sospecha de fraude o abuso. El número directo es **1-800-333-0119**. Algunos ejemplos comunes de fraude y abuso son:

- Facturarle o cobrarle a usted por servicios que no le brindaron a su hijo
- Ofrecerle regalos o dinero por recibir tratamiento o servicios
- Ofrecerle servicios, equipos o suministros gratuitos a cambio del número de su tarjeta de identificación
- Brindar servicios que su hijo no necesita en realidad
- Abuso físico, mental o sexual por parte del personal médico

---

## **XXV. Quejas y quejas formales**

---

Damos mucha importancia a sus comentarios. Trabajamos sin descanso para mejorar la calidad de la atención y el servicio que su hijo recibe. Si en algún momento usted no está satisfecho con las respuestas que recibe de Aetna Better Health Kids o con los servicios que su hijo recibió, puede presentar una queja o queja formal. No se cancelará la cobertura CHIP de su hijo porque usted presente una queja o queja formal.

Cada proceso tiene dos niveles de revisión interna, así como la oportunidad de apelar la decisión ante organismos estatales a través de un proceso de revisión externa. También existe una revisión de queja formal "acelerada" o más rápida para aquellas situaciones en las que debe tomarse una decisión rápidamente debido a la condición médica de su hijo.

En cualquier momento durante el proceso de queja o queja formal, usted tiene derecho a elegir a alguien que lo ayude actuando en su representación. Esta persona se denomina su "representante del miembro". Si quiere designar a alguien para que sea su representante del miembro, no los debe notificar por escrito. Se le enviará un formulario para completarlo y devolver a nosotros para que podamos formalizar su solicitud. Puede solicitar que alguien deje de ser su representante del miembro o cambiar su representante del miembro en una queja o queja formal en cualquier momento, notificando por escrito a Aetna Better Health Kids.

Si su problema se refiere a una queja formal, el proveedor de atención médica de su hijo puede, con su consentimiento por escrito, presentar la queja formal en su nombre. En cualquier momento durante el proceso de queja o queja formal, usted tiene derecho a solicitar que Aetna Better Health Kids designe a un empleado para que le ayude a usted o a su representante del miembro a preparar la queja o queja formal. Esto no tendrá ningún costo para usted. El empleado que se designará no habrá participado en ninguna decisión que sea objeto de su queja o queja formal, y estará comprometido a actuar imparcialmente a su nombre.

Cuando usted presente su queja o queja formal, tendrá derecho a enviar a Aetna Better Health Kids cualquier comentario, expediente, documento por escrito o cualquier otra información que tenga en relación a su queja o queja formal. Aetna Better Health Kids se compromete a considerar detalladamente y en forma justa

imparcial cualquier material que reciba de usted.

Si en cualquier momento durante el proceso de queja o queja formal usted cree que Aetna Better Health Kids clasificó mal una queja o queja formal, puede comunicarse con el Departamento de Salud de Pennsylvania o el Departamento de Seguros de Pennsylvania para pedir su opinión sobre si su problema es una queja o queja formal. Aetna Better Health Kids acatará la decisión de estos y utilizará cualquier proceso que el Departamento de Salud o el Departamento de Seguros considere como más apropiado.

Si en cualquier momento usted cree que Aetna Better Health Kids está utilizando requisitos administrativos, plazos u otras tácticas para desalentar, directa o indirectamente, a usted o a su representante del miembro de usar el proceso de queja o queja formal, usted puede comunicarse con el Departamento de Salud de Pennsylvania o el Departamento de Seguros de Pennsylvania para que investiguen su queja o queja formal.

La información de contacto de estos departamentos es la siguiente:

Bureau of Managed Care Pennsylvania Department of Health  
Health & Welfare Building,  
Room 912

625 Forster Street

Harrisburg, PA 17120

Número telefónico: **717-787-5193** o **1-888-466-2787**

Servicio relé de AT&T: **1-800-654-5984**

(TT) Número de fax: **717-705-0947**

Puede comunicarse con Servicios al Miembro en alguno de los siguientes números de teléfono sin cargo para solicitar más información con respecto a la presentación y estado de una queja o queja formal: **1-800-822-2447**.

Llame al **1-800-628-3323** si tiene impedimentos auditivos y está llamando desde un teléfono TTY.

### **¿Qué es una queja?**

Una queja sirve para expresar cuando usted está inconforme con la atención o los servicios proporcionados a su hijo por un proveedor participante, con cuestiones de beneficios, entre ellas exclusiones, limitaciones y beneficios no cubiertos, o con las operaciones y políticas de administración de Aetna Better Health Kids. Una queja no incluye las decisiones fundamentadas en la necesidad médica o en lo apropiado de un servicio de atención médica para su hijo. Si no está seguro, Servicios al Miembro puede ayudarlo a decidir si su problema es una queja o una queja formal.

### **¿Qué necesito saber sobre la presentación de una queja de primer nivel?**

Usted o su representante del miembro puede presentar una queja de primer nivel llamando a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** o al **1-800-628-3323** si tiene impedimentos auditivos y está llamando de un teléfono TTY, o enviar una carta a:

Aetna Better Health Kids (CHIP)

ATTN: Complaints and Grievances Department

1425 Union Meeting Road

Blue Bell, PA 19422

Usted o su representante de miembro deben presentar la queja dentro de los 45 días del evento o a partir de la fecha en que usted recibe el aviso de la decisión de Aetna Better Health Kids. Aetna Better Health Kids le dará aviso por escrito a usted o a su representante del miembro acusando recibo de su queja.

Un comité de revisión inicial de quejas de primer nivel estudiará e investigará su queja. No estará involucrada ninguna persona que haya participado en la toma de decisión relacionada con su problema.

- Usted y su representante del miembro tienen derecho a obtener acceso a toda la información relacionada con la cuestión objeto de la queja. Aetna Better Health Kids podrá cobrar una tarifa razonable por la reproducción de los documentos.
- Usted y su representante del miembro tienen derecho a suministrar datos escritos u otro material en respaldo de su queja.
- Aetna Better Health Kids completará su revisión e investigación de la queja y tomará una decisión dentro de los 30 días de recibida la queja.
- Aetna Better Health Kids le notificará a usted o su representante del miembro por escrito acerca de la decisión que tomó el comité de revisión inicial dentro de los 5 días hábiles de que la hayan tomado. En la carta se informará cuál fue la decisión y por qué se tomó, y cómo solicitar una revisión de segundo nivel si usted no está conforme con la decisión a la que se llegó.

### **¿Qué necesito saber sobre la presentación de una queja de segundo nivel?**

Para presentar una queja de segundo nivel, su queja debe haber pasado primero por el proceso de queja de primer nivel.

Usted o su representante del miembro pueden presentar una queja de segundo nivel llamando a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** o al **1-800-628-3323** si tiene impedimentos auditivos y está llamando de un teléfono TTY. También puede enviar una carta a:

Aetna Better Health Kids (CHIP)  
ATTN: Complaints and Grievances Department  
1425 Union Meeting Road  
Blue Bell, PA 19422

Usted o su representante del miembro debe presentar su queja de segundo nivel dentro de los 45 días a partir de la fecha en que usted recibió el aviso de la decisión sobre la queja de primer nivel de Aetna Better Health Kids.

Usted y su representante del miembro tienen derecho a presentarse ante el comité de revisión de segundo nivel. La fecha y hora de la revisión les serán proporcionadas a usted y su representante por escrito al menos 15 días antes de la fecha programada. Se hará todo lo posible por ser razonablemente flexibles en cuanto a la hora y la distancia de viaje para facilitar su asistencia. Si no puede asistir personalmente, tiene derecho a solicitar que se le permita participar mediante llamada en conferencia, por teléfono u otro medio apropiado.

- Aetna Better Health Kids completará la revisión de segundo nivel y tomará una decisión dentro de los 45 días de recibida la solicitud de revisión de segundo nivel.
- Aetna Better Health Kids le notificará a usted o su representante del miembro por escrito de la decisión que tomó el comité de revisión de segundo nivel dentro de los 5 días hábiles después de la decisión del comité. En la carta se le informará cuál fue la decisión y por qué se tomó, y cómo presentar una apelación ante el Departamento de Salud o el Departamento de Seguros si usted no está conforme con la decisión a la que se llegó.

### **¿Qué necesito saber sobre cómo presentar una apelación de quejas ante el Departamento de Salud?**

Para presentar una apelación de quejas ante el Departamento de Salud o el Departamento de Seguros, su queja debe haber pasado primero por los procesos de queja de primer y segundo nivel de Aetna Better Health Kids.

Usted o su representante puede presentar una apelación de quejas enviando una carta a alguna de las direcciones que figuran a continuación. Si lo desea, puede pedir presentar la apelación en un formato alternativo. Pondremos personal a su disposición para que transcriba su apelación verbal.

Bureau of Managed Care Pennsylvania Department of Health  
Health & Welfare Building,  
Room 912

625 Forster Street

Harrisburg, PA 17120

Número telefónico: **717-787-5193** o **1-888-466-2787**

Servicio relé de AT&T: **1-800-654-5984**

(TT) Número de fax: **717-705-0947**

Su apelación debe incluir la siguiente información:

- Su nombre, dirección y número de teléfono
- El nombre de Aetna Better Health Kids, el nombre de su hijo y el número de identificación del miembro
- Una breve descripción de la cuestión por la que se está apelando
- Una copia de la carta de denegación de segundo nivel

Si usted no desea estar presente, tiene el derecho de solicitar una copia de su informe. Aetna Better Health Kids le proporcionará el informe del médico o del psicólogo como mínimo 7 días antes de la fecha de revisión.

### **¿Qué es una queja formal?**

Una queja formal es diferente de un reclamo. Las quejas se presentan cuando usted está en desacuerdo con una decisión que está fundamentada en la necesidad médica o en lo apropiado de un servicio de atención médica.

Usted, su representante del miembro o un proveedor de atención médica involucrado en la atención de su hijo pueden presentar la queja formal. Si el proveedor de atención médica de su hijo decide no continuar con una queja formal con la que lo estaba ayudando, tienen 10 días a partir del recibo de cualquier denegación o carta de decisión para notificarle a usted o a su representante sobre su decisión.

Las quejas formales de primer y segundo nivel son siempre revisadas por un médico o psicólogo con licencia que ejerce en la misma especialidad u otra similar al área de medicina a la que corresponde su queja formal. Le notificarán si el médico o psicólogo no estarán presentes o si no serán incluidos en la revisión misma por teléfono o videoconferencia.

### **¿Qué necesito saber sobre cómo presentar una queja formal de primer nivel?**

Usted o el representante de miembro deben presentar la queja formal dentro de los 45 días a partir de la fecha en que usted recibe el aviso de la decisión de Aetna Better Health Kids.

Usted o su representante del miembro pueden presentar información adicional para revisión y consideración relacionado a su caso. Usted puede presentar una queja formal de primer nivel enviando una carta a:

Aetna Better Health Kids (CHIP)

ATTN: Complaints and Grievances Department

1425 Union Meeting Road

Blue Bell, PA 19422

Una queja formal debe presentarse en forma escrita, a menos que usted no pueda hacerlo debido a una incapacidad o barrera del idioma. Si este es el caso, usted puede solicitar que un miembro del personal registre su queja en forma oral llamando a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** o al **1-800-628-3323** si tiene impedimentos auditivos y está llamando de un teléfono TTY. Usted, su representante del miembro, o proveedor de atención médica de su hijo debe presentar su queja formal dentro de los 45 días a partir de la fecha en que usted recibió el aviso sobre la decisión de Aetna Better Health Kids.

Aetna Better Health Kids le proporcionará aviso por escrito a usted, a su representante del miembro o proveedor de atención médica de su hijo, en el que se confirmará la recepción de su queja formal.

Un comité de revisión de queja formal de primer nivel estudiará e investigará su queja formal. No estará involucrada ninguna persona que haya participado en la toma de decisión relacionada con su problema.

Usted, su representante del miembro y el proveedor de atención médica de su hijo, si participaron en la presentación de la queja formal, tienen derecho a obtener acceso a toda la información relacionada con la cuestión objeto de la queja formal.

Usted, su representante del miembro y el proveedor de atención médica de su hijo tienen derecho a suministrar datos escritos u otro material en respaldo de su queja formal.

Aetna Better Health Kids completará su revisión e investigación de la queja formal y tomará una decisión dentro de los 30 días de recibida la queja formal.

Aetna Better Health Kids le notificará a usted, a su representante del miembro o proveedor de atención médica de su hijo por escrito de la decisión que tomó el comité de revisión dentro de los 5 días hábiles de la decisión del comité. En la carta se informará cuál fue la decisión y por qué se tomó, y cómo solicitar una revisión de segundo nivel si usted no está conforme con la decisión a la que se llegó.

### **¿Qué necesito saber sobre la presentación de una queja formal de segundo nivel?**

Para presentar una queja formal de segundo nivel, su queja formal debe haber pasado primero por el proceso de queja formal de primer nivel. Usted puede presentar una queja formal de segundo nivel enviando una carta a:

Aetna Better Health Kids (CHIP)  
ATTN: Complaints and Grievances Department  
PO Box 81139  
5801 Postal Road  
Cleveland, OH 44181

Una solicitud para una queja formal de segundo nivel debe presentarse en forma escrita, a menos que usted no pueda hacerlo debido a una incapacidad o barrera del idioma. Si este es el caso, usted puede solicitar que un miembro del personal registre su solicitud oral para una queja formal de segundo nivel llamando a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** o al **1-800-628-3323** si tiene impedimentos auditivos y está llamando de un teléfono TTY. Usted, su representante del miembro, o proveedor de atención médica de su hijo debe presentar su queja formal dentro de los 45 días a partir de la fecha en que usted recibió el aviso sobre la decisión de Aetna Better Health Kids.

Usted, su representante del miembro y el proveedor de atención médica de su hijo, si participaron en la presentación de la queja formal, tienen derecho a presentarse ante el comité de revisión de segundo nivel. La fecha y hora de la revisión le serán proporcionadas a usted, a su representante del miembro o proveedor de atención médica de su hijo por escrito al menos 7 días antes de la fecha programada. Se hará todo lo posible por ser razonablemente flexibles en cuanto a la hora y la distancia de viaje para facilitar su asistencia. Si no puede asistir personalmente, tiene derecho a solicitar que se le permita participar mediante llamada en conferencia, por teléfono u otro medio apropiado.



Aetna Better Health Kids completará la revisión de segundo nivel y tomará una decisión dentro de los 45 días de recibida la solicitud de revisión de segundo nivel.

Aetna Better Health Kids le notificará a usted, a su representante del miembro o proveedor de atención médica de su hijo por escrito acerca de la decisión que tomó el comité de revisión de segundo nivel dentro de los 5 días hábiles después de la decisión del comité. En la carta se informará cuál fue la decisión, por qué se tomó y cómo presentar una apelación ante el Departamento de Salud si usted no está conforme con la decisión a la que se llegó.

### **¿Qué necesito saber sobre la presentación de una queja formal externa ante el Departamento de Salud?**

Para presentar una solicitud de queja formal externa, su queja formal debe haber pasado primero por los procesos de queja formal de primer y segundo nivel de Aetna Better Health Kids. Usted puede presentar una queja formal externa enviando una carta a:

Aetna Better Health Kids (CHIP)  
ATTN: Complaints and Grievances Department  
PO Box 81139  
5801 Postal Road  
Cleveland, OH 44181

Una solicitud para una queja formal externa debe presentarse en forma escrita, a menos que usted no pueda hacerlo debido a una incapacidad o barrera del idioma.

Si este es el caso, usted puede solicitar que un miembro del personal registre su solicitud oral para una queja formal externa llamando a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** o al **1-800-628-3323** si tiene impedimentos auditivos y está llamando de un teléfono TTY. Su solicitud de queja formal externa debe incluir la siguiente información:

- Su nombre, dirección y número de teléfono.
- El nombre de Aetna Better Health Kids, el nombre de su hijo y el número de identificación del miembro.
- Una breve descripción del asunto por el que se está quejando.
- Una copia de la carta de denegación de segundo nivel.

Usted, su representante del miembro, o proveedor de atención médica de su hijo deben presentar su queja formal externa dentro de los 15 días a partir de la fecha en que usted recibió el aviso sobre la decisión de queja formal de segundo nivel de Aetna Better Health Kids.

Dentro de los 5 días hábiles de recibida su solicitud de revisión de queja formal externa, Aetna Better Health Kids notificará al Departamento de Salud de su solicitud de una queja formal externa y pedirá que se asigne una entidad de revisión de la utilización certificada (Certified Utilization Review Entity, CRE) para llevar a cabo la revisión.

Dentro de los 2 días hábiles de haber recibido una solicitud de revisión de queja formal externa, el Departamento de Salud asignará una CRE para revisar su queja formal. Usted, su representante del miembro o proveedor de atención médica de su hijo serán informados sobre la CRE asignada para revisar su queja formal. Usted tiene derecho a solicitar información al Departamento de Salud sobre la acreditación de la CRE que le asignaron. Si el Departamento de Salud no selecciona una CRE dentro de los 2 días hábiles de haber recibido una solicitud de revisión de queja formal externa, Aetna Better Health Kids podrá designar una CRE para que lleve a cabo la revisión de entre una lista de CRE ya aprobadas por el Departamento de Salud.

Usted tiene 7 días desde la fecha indicada en el aviso de la asignación de la CRE para objetar, ya sea en forma oral o escrita, ante el Departamento de Salud, la CRE asignada si usted cree que existe un conflicto de interés entre la CRE y Aetna Better Health Kids. Existe conflicto de interés si la CRE tiene un contrato, o está próxima a tenerlo, con Aetna Better Health Kids.

Dentro de los 15 días de recibida la solicitud de revisión de queja formal externa, Aetna Better Health Kids remitirá el archivo de la queja formal y todo el material que se considere integrante de las primeras dos revisiones. En este mismo período de 15 días, usted, su representante del miembro o proveedor de atención médica de su hijo recibirán la lista de documentos que se remitirá a la CRE para la revisión de queja formal externa.

Usted, su representante del miembro o proveedor de atención médica de su hijo tendrán 15 días a partir de la recepción del aviso de que la solicitud de revisión externa fue presentada oficialmente, para suministrar información adicional a la CRE que será considerada en la revisión externa. Usted, su representante del miembro o proveedor de atención médica de su hijo también deberán enviar copias de esta misma información a Aetna Better Health Kids en este momento.

La CRE asignada revisará y emitirá una decisión por escrito a usted, a su representante del miembro o proveedor de atención médica de su hijo dentro de los 60 días de presentada la solicitud de revisión de queja formal externa. Si la CRE asignada inicialmente fue rechazada, los 60 días comenzarán a partir de la fecha en la que se llegó a un acuerdo sobre la CRE revisora. En la carta se informará cuál fue la decisión y por qué se tomó, y se le informará que usted, su representante del miembro o proveedor de atención médica de su hijo tienen 60 días a partir de la fecha en que recibió la decisión de apelar a un tribunal de jurisdicción competente si usted no está conforme con la decisión a la que se llegó.

### **¿Qué es una revisión de queja formal acelerada?**

Una revisión acelerada es un procedimiento que usted tiene a su disposición si la vida de su hijo, su salud o su capacidad para recobrar su máximo desempeño sería puesta en peligro por cualquier demora que se produciría si se siguiera el proceso normal de revisión. Usted, su representante del miembro o proveedor de atención médica de su hijo pueden solicitar una revisión de queja formal acelerada en cualquier etapa del proceso de revisión de queja formal si usted cree que la situación de su hijo reúne los criterios necesarios para una revisión de queja formal acelerada.

### **¿Qué necesito saber sobre la solicitud de una revisión de queja formal acelerada interna?**

Una solicitud para una revisión de queja formal acelerada interna puede presentarse llamando a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447** o al **1-800-628-3323** si tiene impedimentos auditivos y está llamando de un teléfono TTY.

También puede presentar una solicitud de revisión de queja formal acelerada interna enviando una carta a:  
Aetna Better Health Kids (CHIP)  
ATTN: Complaints and Grievances Department  
PO Box 81139  
5801 Postal Road  
Cleveland, OH 44181

Para obtener una revisión de queja formal acelerada interna, deberá suministrar a Aetna Better Health Kids una certificación por escrito del médico de su hijo en la cual se indique que la vida, salud o capacidad de su hijo para recobrar su máximo desempeño sería puesta en peligro por cualquier demora que se produciría si se siguiera el proceso normal de revisión. La certificación debe incluir el razonamiento clínico y hechos que sustenten la opinión del médico. La certificación puede enviarse por correo a la siguiente dirección:

Aetna Better Health Kids (CHIP)  
ATTN: Complaints and Grievances Department  
PO Box 81139  
5801 Postal Road  
Cleveland, OH 44181

Usted, su representante del miembro y el proveedor de atención médica de su hijo tienen derecho a presentarse ante el comité de revisión de queja formal acelerada interna.

De ser posible, Aetna Better Health Kids intentará suministrar los informes del médico o psicólogo relacionados con su queja formal antes de la audiencia si fuera posible. Si no es posible, los informes se harán constar en el acta de la audiencia y usted recibirá una copia de ellos en ese momento.

La audiencia tendrá lugar dentro de las 48 horas de recibida la solicitud de revisión de queja formal acelerada interna acompañada de la certificación del médico. Se hará todo lo posible por ser razonablemente flexibles en cuanto a la hora y la distancia de viaje para facilitar su asistencia. Si no puede asistir personalmente, Aetna Better Health Kids realizará la audiencia telefónicamente y se asegurará de que toda la información presentada en la audiencia se haga constar en el acta.

Aetna Better Health Kids completará la revisión de queja formal acelerada interna y tomará una decisión dentro de las 48 horas de la recepción de la solicitud de revisión de queja formal acelerada interna acompañada de la certificación del médico.

Aetna Better Health Kids le notificará a usted, a su representante del miembro o proveedor de atención médica de su hijo de la decisión del comité de revisión de queja formal acelerada interna. En la notificación se informará cuál fue la decisión y por qué se tomó, y el procedimiento para obtener una revisión de queja formal acelerada externa si usted no está conforme con la decisión a la que se llegó.

### **¿Qué necesito saber sobre la solicitud de una revisión de queja formal acelerada externa?**

Usted, su representante del miembro o proveedor de atención médica de su hijo tendrán 2 días hábiles luego de recibir la decisión sobre la revisión de queja formal acelerada interna para comunicarse con Aetna Better Health Kids y solicitar una revisión de queja formal acelerada externa.

Dentro de las 24 horas a partir de la recepción de su solicitud de revisión de queja formal acelerada externa, Aetna Better Health Kids presentará una solicitud de revisión de queja formal acelerada externa ante el Departamento de Salud.

El Departamento de Salud asignará una CRE en un lapso de 1 día hábil luego de recibida la solicitud de revisión de queja formal acelerada externa. Aetna Better Health Kids remitirá una copia del archivo del caso a la CRE asignada el día hábil siguiente.

La CRE tendrá 2 días hábiles para emitir una decisión a usted, al representante del miembro o proveedor de atención médica de su hijo. En la carta se informará cuál fue la decisión y por qué se tomó, y se le informará que usted, su representante del miembro o proveedor de atención médica de su hijo tienen 60 días a partir de la fecha en que recibió la decisión de apelar a un tribunal de jurisdicción competente si usted no está conforme con la decisión a la que se llegó.

---

## **XXVI. Definiciones útiles**

---

**Autorización:** La aprobación de un servicio.

**Año de beneficio:** El período especificado durante el cual deben realizarse cargos por servicios cubiertos para ser elegible para su pago por parte de Aetna Better Health Kids. Un cargo se considera realizado en la fecha en que el miembro recibió el servicio o suministro. Los límites de beneficios pueden calcularse sobre la base de un año de beneficios o un año de póliza, es decir, el período anual que comienza con la inscripción de su hijo en CHIP.

**Beneficios:** Los servicios, procedimientos y medicamentos que cubrirá Aetna Better Health Kids.

**Año calendario:** período de un año que comienza el 1 de enero y finaliza el 31 de diciembre.

**Administración de casos:** La ayuda individual que Aetna Better Health Kids pone a disposición para brindar información y coordinación de beneficios adaptados a las necesidades específicas de su hijo.

**Atención concurrente:** Los servicios prestados en un ámbito de internación por un proveedor que no está a cargo del caso pero cuyas habilidades particulares son necesarias para el tratamiento de condiciones complicadas.

**Procedimiento cosmético:** Cualquier procedimiento médico o quirúrgico que se realiza para mejorar el aspecto de cualquier parte del cuerpo y del que no puede esperarse ninguna mejoría del funcionamiento fisiológico.

**Servicio cubierto:** Cualquier servicio o suministro especificado en este manual por el cual se brindarán beneficios.

**Cuidado de custodia:** Los servicios para ayudar a una persona en las actividades cotidianas como, por ejemplo, caminar, bañarse, vestirse y alimentarse. Generalmente es cuidado personal que no requiere la atención constante de personal médico especializado y capacitado.

**Desafiliación:** El cese de la membresía en CHIP de Aetna Better Health Kids.

**Listado de medicamentos:** La lista de medicamentos bajo receta y suministros preferidos cubiertos por Aetna Better Health Kids. El listado de medicamentos de Aetna Better Health Kids está disponible a solicitud.

**Fecha de vigencia:** La fecha en que comienza la cobertura de un miembro, como se indica en los registros de Aetna Better Health Kids.

**Fraude:** Una declaración o un acto deshonesto, es decir, deliberadamente o intencionalmente falso, engañoso o incompleto.

**Terapia de infusión a domicilio:** La administración de soluciones parenterales, enterales e intravenosas que se suministran en el ámbito del hogar.

**Consentimiento informado:** El consentimiento que usted otorga para permitir un tratamiento médico, con completo conocimiento de todos los hechos relevantes, incluidos los riesgos involucrados y cualquier alternativa disponible.

**Limitaciones:** Se refiere a las frecuencias máximas, las restricciones de edad o los topes monetarios relacionados con un servicio cubierto.

**Necesidad médica:** Un servicio o beneficio que es médicamente necesario si es compensable conforme al programa CHIP y si cumple con cualquiera de los siguientes estándares:

- El servicio o beneficio evitará, o se espera que evite, el inicio de una enfermedad, condición o incapacidad.
- El servicio o beneficio disminuirá, o se espera que disminuya, o mejore, los efectos físicos, mentales o del desarrollo de una enfermedad, condición, lesión o incapacidad.
- El servicio o beneficio ayudará al miembro a alcanzar o mantener su capacidad funcional máxima para realizar las actividades diarias, teniendo en cuenta tanto la capacidad funcional del miembro como la que corresponde a miembros de la misma edad.

**Miembro:** Un niño que reúne los requisitos de elegibilidad para CHIP y está inscrito en Aetna Better Health Kids.

**Proveedor no participante:** Un proveedor de servicios cubiertos que no firmó un acuerdo contractual con Aetna Better Health Kids. Salvo en caso de emergencia, puede requerirse autorización previa de Aetna Better Health Kids antes de que un miembro reciba servicios cubiertos de un proveedor no participante, independientemente del tipo de servicio prestado.

**Atención paliativa:** Cualquier forma de atención médica o tratamiento cuyo objetivo principal sea reducir la gravedad de los síntomas de una enfermedad, antes que esforzarse por detener, demorar o revertir la progresión de la enfermedad misma o brindar una curación. Su objetivo es evitar y aliviar el dolor y el sufrimiento.

**Hospitalización parcial:** El suministro de servicios médicos, de enfermería, de asesoramiento o terapéuticos en forma planificada y regular en un hospital o centro no hospitalario autorizado como programa de tratamiento de salud mental o para el abuso de alcohol o drogas por el Departamento de Salud de Pennsylvania, destinado a un miembro que se beneficiaría de servicios más intensivos de los que se ofrecen en un tratamiento ambulatorio pero que no requiere atención en hospital.

**Proveedor participante:** Proveedor de servicios cubiertos que ha firmado un acuerdo contractual con Aetna Better Health Kids para brindar atención o suministros a los miembros.

**PCP:** Proveedor de atención primaria (Primary Care Physician).

**Plan:** Aetna Better Health Kids.

**Proveedor de atención primaria (PCP):** Médico que supervisa, coordina y brinda atención inicial y servicios médicos básicos como médico generalista o de familia, o en algunos casos como internista o pediatra para un miembro. En algunas circunstancias, un especialista puede actuar como PCP del miembro, si el niño miembro tiene necesidades especiales significativas o ciertos diagnósticos.

**Proveedor:** Profesional médico, tal como un médico, enfermero, consejero o fisioterapeuta.

**Directorio de Proveedores:** Lista de los proveedores que participan en Aetna Better Health Kids para ayudar a cuidar las necesidades de atención médica de los miembros.

**Autorización previa:** Proceso mediante el cual Aetna Better Health Kids aprueba los servicios antes de que el miembro reciba un servicio o tratamiento cubierto por parte de ciertos especialistas o proveedores no participantes. Si se requiere autorización previa, generalmente, excepto en el caso de una emergencia médica o dental, los reclamos por estos servicios no se pagarán a menos que se obtenga autorización previa antes de la fecha del servicio.

**Procedimiento o cirugía reconstructiva:** Los procedimientos, entre ellos quirúrgicos, realizados sobre una estructura del cuerpo para restaurar o establecer una función corporal satisfactoria o corregir una deformidad funcionalmente significativa causada por una enfermedad, un trauma o un proceso terapéutico anterior.

**Referido médico:** Forma especial de autorización previa utilizada para permitir al miembro obtener servicios de un especialista. Aetna Better Health Kids no requiere referidos para obtener una cita con un cualquier especialista que participe en la red. Le alentamos a que siempre coordine el cuidado con su PCP.

**Atención para descanso temporal:** Atención paliativa brindada en un ámbito fuera del hogar del miembro para brindar un breve intervalo de descanso al cuidador principal del miembro, que por lo general es un miembro de la familia.

**Servicios auto-referidos:** Servicios que no brinda el PCP de un miembro, pero que no requieren autorización previa o referido médico para poder recibirlos.

**Especialista:** Un médico u otro proveedor de atención médica que tiene un entrenamiento específico y detallado en un área de medicina especializada.

**Área de servicio:** La región geográfica en la que debe vivir un miembro.

**Abuso de sustancias:** Todo uso de alcohol u otras drogas que produce un patrón de consumo patológico que causa impedimentos en el funcionamiento social u ocupacional o que produce dependencia psicológica, como lo evidencia la tolerancia física o la abstinencia.

**Cirugía:** La realización de procedimientos generalmente aceptados, operativos y de corte, que incluyen instrumentos especializados, exámenes endoscópicos y otros procedimientos.

**Enfermedad terminal:** Una condición médica incurable e irreversible en estado avanzado que, en la opinión de un médico, producirá finalmente la muerte del miembro, independientemente de cualquier tratamiento médico que se brinde.

**Tratamiento:** La atención que un miembro recibe de los proveedores.



---

## Apéndice I

---

### Cita de Ensayos Clínicos

Un ensayo clínico de fase I, II, III o IV, que es llevado a cabo en relación a la prevención, detección, o tratamiento de cáncer u otra enfermedad o afección que amenaza la vida, y que es descrita por cualquiera de los siguientes:

- A. Ensayos financiados por el gobierno federal: el estudio o investigación se encuentra aprobado o es financiado (que puede incluir financiamiento a través de contribuciones en especie) por uno o más de los siguientes:
  - 1. Los Institutos Nacionales de Salud (NIH);
  - 2. Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC);
  - 3. La Agencia para La Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ);
  - 4. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS);
  - 5. Grupo o centro colaborativo de cualquiera de las entidades antes descritas, o el Departamento de la Defensa (DOD), o el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA).
  - 6. Cualquiera de los siguientes, si se cumple con las condiciones para los Departamentos:
    - a. Departamento de Asuntos de Veteranos (VA);
    - b. Departamento de la Defensa (DOD);
    - c. Departamento de Energía (DOE), si para un estudio o investigación llevada a cabo por un Departamento, que ha sido revisada y aprobada a través de un sistema de revisión por expertos, el Secretario determina que (A) es comparable al sistema de revisión por expertos de estudios e investigaciones utilizado por los Institutos Nacionales de Salud, y (B) asegura la revisión sin preconceptos a los estándares científicos más altos por parte de individuos cualificados que no tienen interés en el resultado de la revisión.
- B. El estudio o investigación es llevado a cabo bajo una solicitud de uso de nuevo fármaco en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- C. El estudio o investigación es una prueba de drogas que está exento del requerimiento de tal solicitud para el uso de un nuevo fármaco en investigación.

La cita para referencia es 42 U.S.C. (j) 300gg-8. El estatuto requiere que el emisor de cobertura pague los costos de cuidado rutinario de pacientes para individuos calificados que participen en ensayos clínicos aprobados, y el emisor “no podrá negar la participación individual en el ensayo clínico.”

A falta de cumplimiento con los criterios antes señalados, el ensayo clínico debe ser aprobado por el HMO/PPO como un Ensayo Clínico Cualificado.

### Costos Rutinarios de Pacientes Asociados con Ensayos Clínicos Cualificados.

Se otorgan beneficios para los costos de rutina de pacientes asociados con la participación en un ensayo clínico cualificado. Para asegurar la cobertura y el procesamiento adecuado de la solicitud de pago, Aetna Better Health debe ser notificada con antelación a la participación del miembro en un ensayo clínico cualificado.

Los beneficios son pagaderos si el ensayo clínico cualificado es llevado a cabo por un proveedor profesional participante, y en las instalaciones del instituto proveedor participante. De no estarse llevando un ensayo clínico cualificado por parte de un proveedor profesional participante, y en las instalaciones del instituto proveedor participante, entonces Aetna Better Health considerará como cubiertos los servicios de un proveedor no participante que participa en el ensayo clínico, si el ensayo es considerado por Aetna Better Health como cualificado.

Los costos rutinarios del paciente incluyen todos los artículos y beneficios consistentes con la cobertura proporcionada bajo este plan, que sean típicamente cubiertos para un individuo cualificado que no se encuentra inscrito en un ensayo clínico.

## **Aviso de Anti-Discriminación**

Aetna cumple con las leyes aplicables sobre los derechos civiles, y no discrimina en base a raza, color, lugar de nacimiento, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, antepasados, género, identificación o expresión de género, u orientación sexual.

Aetna no excluye ni trata diferentemente a las personas por su raza, color, lugar de nacimiento, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, antepasados, género, identificación o expresión de género, u orientación sexual.

Aetna provee ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan tener una comunicación efectiva con nosotros tales como:

- Intérpretes cualificados de lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Aetna provee servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo principal idioma no es el inglés, tales como:

- Intérpretes cualificados
- Información escrita en otros idiomas

De usted requerir estos servicios, comuníquese con Aetna por el **1-800-385-4104**.

Si cree que Aetna ha fallado en proveer estos servicios o que ha discriminado de alguna otra forma en base a raza, color, lugar de nacimiento, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, antepasados, género, identificación o expresión de género, u orientación sexual, usted puede presentar una queja a:

Aetna  
Attn: Civil Rights Coordinator  
4500 East Cotton Center Boulevard  
Phoenix, AZ 85040  
Teléfono: **1-888-234-7358**, TTY/PA Relay 711, o  
Correo electrónico: MedicaidCRCoordinator@aetna.com

The Bureau of Equal Opportunity  
Room 223, Health and Welfare Building  
P.O. Box 2675  
Harrisburg, PA 17105-2675  
Teléfono: **717-787-1127**, TTY/PA Relay 711  
Fax: **717-772-4366**, o  
Correo electrónico: RA-PWBEOAO@pa.gov

Usted puede presentar la queja personalmente o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Aetna y la Oficina de Igualdad de Oportunidades (Bureau of Equal Opportunity) están disponibles para ayudarle.

Usted puede también presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights), electrónicamente a través del Portal para Quejas de Derechos Civiles, disponible en: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
**1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

Aetna es la marca utilizada para productos y servicios provistos por una o más de las empresas subsidiarias del grupo Aetna, incluyendo "Aetna Life Insurance Company" y empresas afiliadas.









[AetnaBetterHealth.com/PA](https://www.aetna.com/PA)