



**Certificado de cobertura
Plan HealthChoice de Medicaid de Illinois**

Meridian Health Plan of Illinois, Inc.

Cómo utilizar el Certificado

Se debe leer detalladamente este Certificado. Muchas de las disposiciones de este Certificado están interrelacionadas; por lo tanto, la lectura de solo uno o dos temas no le dará al lector una comprensión clara.

Muchos de los términos que se utilizan en este Certificado tienen significados especiales. Esos términos estarán en letra mayúscula y se definen en la Sección I. Al consultar estas definiciones, se logrará la más plena comprensión.

Este Certificado puede estar sujeto a enmiendas, modificaciones o a su cancelación de mutuo acuerdo entre Meridian Health Plan of Illinois, Inc. (el "Plan de salud") y el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica (HFS) de Illinois, sin que sea necesario el consentimiento de ninguno de los Miembros. Una vez realizados los cambios, los Miembros serán notificados al respecto lo antes posible. Al elegir la cobertura de atención médica del Plan de salud, los Miembros aceptan todos los términos y las condiciones de este Certificado.

Descripción de la cobertura: portada

La Ley de Reforma de la Atención Médica Administrada y de Derechos del Paciente de 1999 estableció los derechos de los Miembros de planes de atención médica. Estos derechos abarcan los siguientes aspectos:

- Qué visitas a la sala de emergencias pagará su plan de atención médica
- Cómo se puede acceder a especialistas (tanto dentro como fuera de la red)
- Cómo presentar reclamos y apelar decisiones respecto del plan de atención médica (incluidas las revisiones externas independientes)
- Cómo obtener información sobre su plan de atención médica, incluida información general sobre los acuerdos financieros con los proveedores

Lo invitamos a que revise estos temas y el resto de la información sobre los beneficios, que se incluye en la Ficha de Descripción de la cobertura, y se familiarice con ellos. Dado que la Descripción de la cobertura no es un documento legal, para obtener la información completa sobre los beneficios, consulte su contrato o certificado, o bien comuníquese con su plan de atención médica al número gratuito que figura en la página siguiente. En caso de contradicciones entre su Descripción de la cobertura y el contrato o el certificado, prevalecerán los términos del contrato o del certificado.

Para obtener información y asistencia en general, comuníquese con el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois llamando al 800-226-0768. Tenga en cuenta que el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois no podrá proporcionar información sobre planes específicos. Si desea obtener este tipo de información, debe comunicarse directamente con el Plan de salud.

Ficha de Descripción de la cobertura

Nombre del plan: Meridian Health Plan
 Dirección: 300 S. Riverside Plaza, Suite 500
 Chicago, IL 60606
 Teléfono: 866-606-3700
 Fax: 312-980-0404

Categoría	Servicios	Descripción de la cobertura
Aspectos básicos	Su médico	Los Miembros deben elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) en el momento de la afiliación. Se puede modificar esta elección llamando a Servicios al Miembro al 866-606-3700. Si tiene problemas auditivos, comuníquese con Illinois Relay llamando al 711.
		Los Miembros de sexo femenino pueden recibir servicios de cualquier Proveedor de atención médica primaria para la mujer (WHCP) dentro de la red sin una derivación por parte de su PCP.
		Los Miembros pueden elegir un PCP autorizado como Institución médica centrada en el paciente (PCMH) por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA).
		Los Miembros de tribus aborígenes pueden recibir servicios de proveedores de atención médica de tribus aborígenes dentro o fuera del estado de Illinois.
	Deducible anual	Ninguno
	Monto máximo en efectivo	Ninguno. El Plan de salud no cobra copagos por servicios cubiertos.
Monto máximo de por vida	Ninguno	
Limitaciones por afecciones preexistentes	Ninguna	

Categoría	Servicios	Descripción de la cobertura	El plan de atención médica cubre	Usted paga
En el Hospital	Número de días de atención como paciente internado	Completa	100%	\$0
	Habitación y comidas	Completa	100%	\$0
	Honorarios de cirujanos	Completa	100%	\$0
	Visitas del médico	Completa	100%	\$0
	Medicamentos	Programa de selección de medicamentos (formulario) del estado de Illinois	100%	\$0
	Otros cargos diversos	Servicios elegibles y necesarios desde el punto de vista médico, incluidos los de laboratorio, radiología y suministros provistos por el hospital.	100%	\$0
Atención de emergencia	Servicios de emergencia	Afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido, entre otros, el dolor agudo, que llevaría a una persona común y prudente con conocimientos promedio de medicina y salud a creer razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría tener como consecuencia 1) un grave peligro para la salud del individuo o, en caso de una embarazada, para su salud o la del feto; 2) un grave deterioro de las funciones corporales; o 3) la disfunción grave de órganos o partes del cuerpo.	100%	\$0
	Servicios posteriores a la estabilización en una emergencia	Servicios que son considerados necesarios desde el punto de vista médico y están directamente relacionados con la afección médica de emergencia después de la estabilización, y que son proporcionados a un Miembro en un hospital con licencia por un proveedor calificado para proporcionar dichos servicios.	100%	\$0
En el consultorio del médico	Visitas al consultorio del médico	Médico de atención primaria y especialista	100%	\$0
	Exámenes físicos de rutina	Con cobertura	100%	\$0
	Radiografías y pruebas de diagnóstico	Con cobertura	100%	\$0

Categoría	Servicios	Descripción de la cobertura	El plan de atención médica cubre	Usted paga
	Vacunas	Con cobertura	100%	\$0
	Tratamiento y pruebas de alergia	Con cobertura	100%	\$0
	Medicina preventiva	Con cobertura	100%	\$0
Servicios médicos	Cirugía ambulatoria	Con cobertura	100%	\$0
	Atención de maternidad			
	Atención hospitalaria	Con cobertura	100%	\$0
	Atención médica	Con cobertura	100%	\$0
	Servicios para la esterilidad	Sin cobertura		
	Salud mental			
	Pacientes ambulatorios	Con cobertura	100%	\$0
	Pacientes internados	Con cobertura	100%	\$0
Abuso de sustancias				
	Pacientes ambulatorios	Con cobertura	100%	\$0
	Pacientes internados	Con cobertura	100%	\$0
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Con cobertura	100%	\$0	
Otros servicios	Cuidados paliativos	Con cobertura	100%	\$0
	Atención médica en el hogar	Con cobertura	100%	\$0
	Medicamentos recetados	Cuando sean recetados o autorizados por el Proveedor de atención primaria (PCP), los medicamentos recetados selectos, dispositivos o suministros constituyen un beneficio. El medicamento debe estar aprobado por el Plan de salud y debe figurar en el formulario del Plan de salud, o tener autorización previa.	100%	\$0
	Servicios dentales	Con cobertura	100%	\$0

Categoría	Servicios	Descripción de la cobertura	El plan de atención médica cubre	Usted paga
	Cuidado de la visión	Están cubiertos los suministros y servicios para la vista, y los servicios de optometristas. Los anteojos para adultos están limitados a un par cada dos años.		
	Transporte médico	Con cobertura	100%	\$0
	Enfermería especializada	Con cobertura	100%	\$0
	Equipo médico duradero	Servicios cubiertos; alquiler o compra según decisión del Plan de salud.	100%	\$0
	Servicios de podiatría	Con cobertura		
Servicios del programa de exenciones HCBS	Servicios de exención por vejez**	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de cuidado diurno para adultos • Servicio de traslado al centro de cuidado diurno para adultos • Servicios de ayuda con quehaceres domésticos • Sistema de respuesta ante emergencias personales 	100%	\$0
	Exención para individuos con discapacidades**	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de cuidado diurno para adultos • Servicio de traslado al centro de cuidado diurno para adultos • Sistema de respuesta ante emergencias personales • Modificaciones en el hogar • Entrega de comidas a domicilio • Auxiliar médico en el hogar • Servicios de ayuda con quehaceres domésticos • Terapia ocupacional • Asistente personal • Fisioterapia • Servicios de relevo • Enfermería especializada • Enfermería intermitente • Equipo médico especializado y suministros • Terapia del habla 	100%	\$0

Categoría	Servicios	Descripción de la cobertura	El plan de atención médica cubre	Usted paga
	Exención por VIH/sida**	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de cuidado diurno para adultos • Servicio de traslado al centro de cuidado diurno para adultos • Sistema de respuesta ante emergencias personales • Modificaciones en el hogar • Servicios de ayuda con quehaceres domésticos • Entrega de comidas a domicilio • Asistente personal • Fisioterapia • Terapia ocupacional • Servicios de relevo • Enfermería especializada • Auxiliar médico en el hogar • Terapia del habla • Equipo médico especializado y suministros • Enfermería intermitente 	100%	\$0
	Exención para individuos con lesión cerebral**	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de cuidado diurno para adultos • Servicio de traslado al centro de cuidado diurno para adultos • Servicios de salud del comportamiento • Recuperación diaria • Sistema de respuesta ante emergencias personales • Modificaciones en el hogar • Entrega de comidas a domicilio • Servicios de ayuda con quehaceres domésticos • Terapia ocupacional • Asistente personal • Servicios prevocacionales • Servicios de relevo • Enfermería intermitente • Enfermería especializada • Auxiliar médico en el hogar • Equipo médico especializado y suministros • Terapia del habla • Servicios de empleo asistido • Fisioterapia 	100%	\$0

Categoría	Servicios	Descripción de la cobertura	El plan de atención médica cubre	Usted paga
	Exención de centros de asistencia para la vida cotidiana**	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería • Cuidado personal • Asistencia con medicamentos • Lavandería • Trabajo doméstico • Mantenimiento • Programas sociales y recreativos • Controles diarios • Servicios auxiliares • Personal de seguridad/respuesta durante las 24 horas • Promoción de la salud y ejercicio • Sistema de llamadas de emergencia • Plan de aseguramiento de la calidad • Administración de fondos del residente, si corresponde 	100%	\$0
	Exención para niños en estado médico frágil/dependientes de tecnología	<ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones en el hogar • Asesoramiento para mantener la ubicación en el hogar • Servicios de relevo • Capacitación del personal de enfermería • Capacitación de la familia 	100%	\$0

*Utilice su Tarjeta médica del HFS para obtener estos servicios. No tienen cobertura del Plan de salud.

**Los Servicios del programa de exenciones HCBS solo están cubiertos si la Agencia estatal correspondiente ha determinado la elegibilidad del Miembro. El Plan de salud no determina la elegibilidad para los Servicios del programa de exenciones HCBS.

Área de servicio

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

Exclusiones y limitaciones

- Cirugía estética electiva y servicios para la esterilidad, excepto según lo permita la ley estatal.
- Servicios y suministros que no sean de emergencia y no estén autorizados por el PCP, si se necesita autorización.
- Servicios dentales que no sean de emergencia para Miembros mayores de 21 años (excepto que se indique lo contrario en este Certificado).
- Servicios que no sean necesarios desde el punto de vista médico o se consideren experimentales, de investigación y/o educativos.
- Lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, o vacunas necesarias para un empleo.
- Servicios prestados en un Centro estatal que opera como hospital psiquiátrico, como resultado de una reclusión forense.
- Servicios que se prestan a través de una Entidad educativa local (LEA).
- Servicios prestados por un proveedor no participante o no autorizado por el Plan de salud, excepto que se indique lo contrario en este Certificado.
- Servicios prestados sin la necesaria derivación o autorización previa, como se establece en el Manual del proveedor.
- Los servicios de esterilización se pueden proveer únicamente de acuerdo con las leyes estatales y federales vigentes (consulte 42 C.F.R., Parte 441, Subparte F). En estos casos, se exige el total cumplimiento de los requisitos de esas leyes, y se debe completar un formulario 2189 del HFS y archivarlo en la historia clínica del Miembro.
- Si se realiza una histerectomía, se debe completar un formulario 1977 del HFS y archivarlo en la historia clínica del Miembro.

Certificación previa y revisión de la utilización

Para la atención que no sea de emergencia, el PCP del Miembro participa en todas las internaciones y las avala mediante la aprobación previa de todas las admisiones electivas, las cirugías para pacientes ambulatorios y los servicios especializados. Además de la aprobación previa del PCP de todas las admisiones electivas, el Director médico del Plan de salud o el Representante del Departamento de Administración de la Utilización ("UM") designado deben autorizar todas las admisiones hospitalarias. El PCP o el especialista al que el paciente fue derivado harán los arreglos necesarios para la hospitalización, los procedimientos para pacientes ambulatorios u otros servicios, si estos son necesarios desde el punto de vista médico según se define en el certificado de cobertura.

Atención de emergencia

En una emergencia, el Miembro debe buscar atención médica de inmediato en el departamento de emergencias del hospital más cercano y notificar al Plan de salud en el término de las 24 horas posteriores a una admisión de emergencia o en el término de las 24 horas siguientes a estar en condiciones de hacerlo. Los servicios de emergencia que sean necesarios desde el punto de vista médico tienen cobertura, independientemente de si los proporciona un proveedor participante. Los servicios médicos posteriores a la estabilización que sean necesarios desde el punto de vista médico y provistos por un proveedor participante o no participante tienen cobertura en el término de una hora posterior al pedido de autorización por parte del proveedor tratante al Plan de salud y, posteriormente, si fueron aprobados previamente por el Plan de salud o si el Plan de salud no niega la aprobación de dichos servicios médicos posteriores a la estabilización en el término de una hora desde que el proveedor haya intentado de buena fe obtener aprobación del Plan de salud para los servicios mencionados. En el caso de un proveedor no participante, los servicios posteriores a la estabilización tendrán cobertura si el Plan de salud y el proveedor no participante no logran llegar a un acuerdo acerca de la atención del Miembro y no hay un proveedor participante disponible para la consulta, en cuyo caso el Plan de salud debe pagar por los servicios provistos hasta que se pueda contactar a un proveedor participante, y este coincida con el plan de atención del proveedor no participante tratante o asuma la responsabilidad por la atención del Miembro.

Selección del Proveedor de atención primaria (PCP)

Los Miembros deben elegir un PCP del directorio de proveedores disponible al momento de la afiliación. El PCP del Miembro es responsable de brindar y coordinar la atención, aprobar las derivaciones a especialistas y brindar otros servicios. Los Miembros pueden cambiar de PCP llamando a Servicios al Miembro al 866-606-3700. Si tiene problemas auditivos, comuníquese con Illinois Relay llamando al 711.

Acceso a atención especializada

Un Miembro puede consultar a un proveedor participante especialista para recibir servicios necesarios desde el punto de vista médico si lo deriva su PCP. El PCP debe aprobar los servicios y las derivaciones adicionales que recomienden los proveedores participantes especialistas. Los Miembros se deben comunicar con su PCP para determinar qué acuerdos de derivaciones existen. Si no hay un acuerdo de derivación entre el PCP del Miembro y el especialista deseado, el Miembro tiene derecho a cambiar su PCP llamando a Servicios al Miembro. En algunas situaciones, un Miembro puede solicitar una derivación permanente a un especialista que sea un proveedor participante. No se requiere autorización previa del Plan de salud para consultas de rutina con especialistas.

Si el PCP del Miembro determina que la derivación a un especialista es adecuada para recibir servicios necesarios desde el punto de vista médico y no se cuenta con un especialista calificado que sea un proveedor participante, el PCP puede aprobar la derivación a un especialista que no sea un proveedor participante, siempre y cuando el especialista sea un Proveedor del Programa de Asistencia Médica de Illinois.

Además de un PCP, los Miembros de sexo femenino pueden elegir un médico de medicina familiar o un obstetra/ginecólogo que también sea un proveedor participante como su Proveedor de atención médica para la mujer ("WHCP"). Después de hacer esta elección, un Miembro puede ver a su WHCP designado sin necesidad de una derivación para todos los servicios cubiertos. Al solicitarse cualquier WHCP, el Plan de salud seguirá sus protocolos y procedimientos de control de calidad para evaluar al WHCP como PCP.

Cobertura de servicios fuera del área

La cobertura de servicios fuera del área solo está disponible para atención de emergencia y atención posterior a la estabilización. Una vez estabilizada la afección, el Miembro debe regresar al área de servicio tan pronto como sea adecuado desde el punto de vista médico, a fin de recibir atención permanente y/o de seguimiento. El Miembro se debe comunicar con el Plan de salud en el término de las 24 horas posteriores a una admisión de emergencia o en el término de las 24 horas siguientes a estar en condiciones de notificar al Plan de salud, si fue hospitalizado por una afección de emergencia.

Responsabilidad financiera

El Miembro no debe abonar copagos, deducibles ni primas por la atención cubierta que sea elegible. Un Miembro puede solicitar una descripción de las relaciones financieras entre el Plan de salud y cualquier proveedor de atención médica, el porcentaje de copagos, deducibles y primas totales que se gastaron en la atención médica, y los gastos administrativos relacionados, así como un aviso de los derechos del Miembro a solicitarle a su proveedor información del proveedor de atención médica, tal como lo estipula la Ley de Reforma de la Atención Médica Administrada y de Derechos del Paciente.

Continuidad del tratamiento

Si un Miembro está recibiendo atención médica o tratamiento como paciente internado en un hospital para enfermedades agudas el día de entrada en vigencia de la afiliación, el Plan de salud asumirá la responsabilidad de administrar dicha atención y será responsable de todas las reclamaciones sobre los servicios cubiertos desde esa fecha. En el caso de hospitalizaciones que serían reembolsadas de otro modo por el Programa médico del HFS sobre una base diaria, la responsabilidad del Plan de salud comenzará el día de entrada en vigencia de la afiliación. A pesar de lo antedicho, en el caso de las hospitalizaciones que serían reembolsadas de otro modo por el Programa médico del HFS sobre una base de grupos de diagnósticos relacionados (DRG), el Plan de salud no será responsable de la hospitalización.

Si un Miembro está recibiendo atención médica o tratamiento como paciente internado en un hospital para enfermedades agudas en el momento en que termina la cobertura de este Certificado, el Plan de salud coordinará la continuidad de la atención o del tratamiento de la enfermedad en curso, hasta que dicha atención médica o dicho tratamiento haya sido transferido por completo a un proveedor tratante que asuma la responsabilidad de dicha atención médica o dicho tratamiento por el resto de la hospitalización y la subsiguiente atención de seguimiento. El Plan de salud conservará la documentación de dicha transferencia de responsabilidad de la atención médica o tratamiento. En el caso de hospitalizaciones que serían reembolsadas de otro modo por el Programa médico del HFS sobre una base diaria, el Plan de

salud será responsable del pago de cualquier atención médica o tratamiento brindado al Miembro hasta la fecha de entrada en vigencia de la desafiliación. En el caso de hospitalizaciones que serían reembolsadas de otro modo por el Programa médico del HFS sobre una base de DRG, el Plan de salud será responsable del pago de cualquier atención médica o tratamiento para pacientes internados brindado al Miembro cuando la fecha de alta sea posterior a la fecha de entrada en vigencia de la desafiliación.

El Plan de salud proporcionará asistencia con la coordinación de la atención para que Miembros potenciales accedan a un PCP o WHCP, o para que continúen un tratamiento, antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Plan de salud, si el Miembro potencial lo solicita o si el Plan de salud tiene conocimiento de que se necesite dicha asistencia. El Coordinador de la atención asignado al Miembro potencial intentará comunicarse con el Miembro potencial en el plazo de los dos días hábiles posteriores a recibir la notificación del pedido de coordinación de la atención.

En el caso de que un nuevo Miembro se encuentre realizando un tratamiento activo y en curso o cursando el tercer trimestre de embarazo y su médico no sea un proveedor de la red, el Plan de salud le permitirá al Miembro continuar con el tratamiento en curso con dicho médico por un máximo de 90 días o durante el período de posparto, o según lo exija la Sección 25 de la Ley de Reforma de la Atención Médica Administrada y de Derechos del Paciente, solo si el médico fuera de la red acepta brindar tal tratamiento en curso y cumple con lo siguiente: (i) acepta el reembolso a las tarifas establecidas por el Plan de salud en función de una revisión del nivel de servicios provistos; (ii) adhiere a los requisitos de control de calidad (QA) del Plan de salud; (iii) brinda la información médica necesaria relacionada con la atención médica; y (iv) adhiere a las políticas y los procedimientos del Plan de salud, incluidos, entre otros, los procedimientos de derivación.

El Plan de salud mantendrá la transición de servicios de acuerdo con la Sección 25 de la Ley de Reforma de la Atención Médica Administrada y de Derechos del Paciente (Capítulo 215, Sección 134/25 de los Estatutos Compilados de Illinois [ILCS]).

Proceso de quejas y apelaciones

Queremos que esté conforme con los servicios que recibe de Meridian Health Plan y de nuestros proveedores. Si no lo está, puede presentar una queja o una apelación.

Quejas

Una queja es un reclamo sobre cualquier asunto que no sea la denegación, la reducción o la cancelación de un servicio o producto. Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al Coordinador de la atención o a Servicios al Miembro al 866-606-3700.

Meridian Health Plan toma muy en serio las quejas de los miembros. Queremos saber qué salió mal para poder mejorar nuestros servicios. Si tiene una queja sobre un proveedor o sobre la calidad de la atención o de los servicios que ha recibido, debe informarnos de inmediato. Meridian tiene procedimientos especiales para ayudar a los miembros que presentan quejas. Haremos todo lo posible para responder sus preguntas o ayudarlo a resolver su inquietud. Presentar una queja no afectará sus servicios de atención médica ni la cobertura de sus beneficios.

Si quien presenta la queja es cliente del programa de Rehabilitación vocacional (VR), dicha persona podría tener derecho a recibir la asistencia del Programa de asistencia al cliente (CAP) del DHS-ORS para la preparación, presentación y representación de las cuestiones que se revisarán.

Estos son ejemplos de los casos en que podría presentar una queja:

- Su proveedor o un miembro del personal de Meridian Health Plan no respetó sus derechos.
- Tuvo problemas para obtener una cita con su proveedor en un plazo de tiempo adecuado.
- No se sintió satisfecho con la calidad de la atención o con el tratamiento que recibió.
- Su proveedor o un miembro del personal de Meridian Health Plan fue grosero con usted.
- Su proveedor o un miembro del personal de Meridian Health Plan no tuvo en cuenta sus necesidades culturales u otras necesidades especiales que pudiera tener.

Puede presentar su queja por teléfono llamando a Meridian Health Plan al 866-606-3700. Si tiene problemas auditivos, comuníquese con Illinois Relay llamando al 711. También puede presentar su queja por escrito, por correo o fax a:

Meridian Health Plan
Attn: Grievance and Appeals Dept.
300 South Riverside Plaza, Suite 500
Chicago, IL 60606
Teléfono: 866-606-3700
TTY: 711
Fax: 833-669-1734

En la carta de queja, incluya toda la información que pueda. Por ejemplo, incluya la fecha y el lugar en que sucedió el incidente, los nombres de las personas involucradas y los detalles de lo que pasó. Asegúrese de incluir su nombre y su número de identificación de Miembro. Puede pedirnos que lo ayudemos a presentar su queja llamando a Servicios al Miembro al 866-606-3700.

Si no habla inglés, le podemos proporcionar un intérprete sin costo alguno. Incluya esta solicitud cuando presente su queja. Si tiene problemas auditivos, comuníquese con Illinois Relay llamando al 711.

En cualquier momento del proceso de queja, puede hacer que alguien lo represente o actúe en su nombre, incluido un médico o un abogado. Esta persona será "su representante". Si decide que una persona lo representará o actuará en su nombre, informe a Meridian por escrito el nombre de su representante y su información de contacto.

Trataremos de resolver su queja de inmediato. Si no lo logramos, es posible que nos comuniquemos con usted para obtener más información.

Apelaciones

Una apelación es una forma de pedirnos que revisemos nuestras acciones. Si decidimos que no se puede aprobar un servicio o un producto solicitado, o si se ha reducido o suspendido un servicio, recibirá una carta de "Determinación adversa de beneficios" de parte nuestra. En esta carta, se le informará lo siguiente:

- Qué medida se tomó y cuál fue el motivo.
- Su derecho a presentar una apelación y cómo hacerlo.
- Su derecho a solicitar una Audiencia imparcial del estado y cómo hacerlo.
- Su derecho, en algunas circunstancias, a solicitar una apelación acelerada y cómo hacerlo.
- Su derecho a solicitar que continúen sus beneficios mientras dure la apelación, cómo hacerlo y cuándo es posible que tenga que pagar por los servicios.

Es posible que no esté de acuerdo con una decisión o medida que haya tomado Meridian Health Plan sobre sus servicios o un producto que haya solicitado. Una apelación es una forma de pedirnos que revisemos nuestras acciones. Puede apelar en el plazo de **60 días calendario** a partir de la fecha que figura en nuestro formulario de Determinación adversa de beneficios. Si desea que sus servicios no sufran ninguna modificación en el transcurso de la apelación, deberá manifestarlo al momento de apelar, y debe presentar su apelación en el plazo máximo de **10 días calendario** a partir de la fecha que figura en nuestro formulario de Determinación adversa de beneficios. En la siguiente lista, se incluyen ejemplos de casos en los que podría querer presentar una apelación:

- No se aprueba o paga un servicio o producto que solicita su proveedor.
- Se suspende un servicio que fue aprobado anteriormente.
- No se le brindan el servicio o los productos de manera oportuna.
- No se le informa su derecho a elegir libremente los proveedores.
- No se aprueba un servicio porque no estaba en nuestra red.

Puede presentar una apelación de dos maneras.

- 1) Llame a Servicios al Miembro al 866-606-3700. Si tiene problemas auditivos, comuníquese con Illinois Relay llamando al 711. Si presenta una apelación por teléfono, debe confirmarla con una solicitud de apelación escrita y firmada.
- 2) Envíe su solicitud de apelación escrita por correo o fax a:

Meridian Health Plan
300 South Riverside Plaza, Suite 500
Chicago, IL 60606
Teléfono: 866-606-3700
TTY: 711
Fax: 833-383-1503

Para servicios de farmacia:

MeridianRx
1 Campus Martius, Suite 750
Detroit, MI 48226
Fax: 833-433-1078

Si no habla inglés, le podemos proporcionar un intérprete sin costo alguno. Incluya esta solicitud cuando presente su apelación. Si tiene problemas auditivos, comuníquese con Illinois Relay llamando al 711.

¿Alguien puede ayudarlo con el proceso de apelación?

Tiene varias opciones de asistencia. Puede hacer lo siguiente:

- Solicitar a alguien que conozca que lo represente. Podría ser su Proveedor de atención primaria o un familiar, por ejemplo.
- Elegir que lo represente un profesional legal.

Para designar a alguien que lo represente: 1) envíenos una carta informándonos que desea que otra persona lo represente e incluya en la carta la información de contacto de dicha persona, o 2) complete el formulario de Apelaciones con representante autorizado. Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web en ilmeridian.com o puede llamarnos al 866-606-3700 para obtenerlo.

Proceso de apelación

Le enviaremos una carta de acuse de recibo en un plazo de tres días hábiles para informarle que recibimos su apelación. Le informaremos si necesitamos más información y cómo puede brindarnos dicha información en persona o por escrito.

Un proveedor con la misma especialidad o una similar a la de su proveedor tratante revisará su apelación. No será el mismo proveedor que tomó la decisión original de denegar, reducir o suspender el servicio médico.

Meridian Health Plan le enviará nuestra decisión por escrito en un plazo de 15 días hábiles a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación. Si necesitamos obtener más información antes de tomar una decisión, Meridian Health Plan puede solicitarles a usted y al estado de Illinois una extensión de hasta 14 días calendario más para tomar una decisión sobre su caso. Usted también puede solicitarnos una extensión si necesita más tiempo para obtener documentos adicionales que respalden su apelación.

Lo llamaremos para informarle nuestra decisión y les enviaremos a usted y a su representante autorizado la Notificación de la decisión. La Notificación de la decisión le informará qué haremos y por qué.

Si la decisión de Meridian concuerda con la Determinación adversa de beneficios, es posible que usted tenga que pagar el costo de los servicios que haya recibido durante la revisión de la apelación. Si la decisión de Meridian Health Plan no concuerda con la Determinación adversa de beneficios, aprobaremos el inicio inmediato de los servicios.

Durante el proceso de apelación, debe tener en cuenta lo siguiente:

- En cualquier momento, puede proporcionarnos más información sobre su apelación, de ser necesario.
- Tiene la opción de ver el archivo de su apelación sin costo alguno.
- Tiene la opción de estar presente cuando Meridian revise su apelación.

¿Cómo puede acelerar su Apelación?

Si usted o su proveedor consideran que nuestro plazo estándar de 15 días hábiles para tomar una decisión sobre su apelación pondrá en riesgo grave su vida o su salud, puede solicitar una apelación acelerada escribiéndonos o llamándonos por teléfono. Si nos escribe, incluya su nombre, su número de identificación de Miembro, la fecha de su carta de Determinación adversa de beneficios, la información sobre su caso y el motivo por el cual solicita una apelación acelerada. En un plazo de 24 horas, le informaremos si necesitamos más información. Una vez que se proporcione toda la información, lo llamaremos en un plazo de 24 horas para informarle nuestra decisión, y también les enviaremos a usted y a su representante autorizado la Notificación de la decisión.

¿Cómo puede retirar una Apelación?

Tiene el derecho de retirar su apelación por cualquier motivo y en cualquier momento durante el proceso de apelación. No obstante, usted o su representante autorizado lo deben hacer escribiendo a la misma dirección que se utilizó para presentar la apelación. Si retira la apelación, finalizará el proceso de apelación y no tomaremos ninguna decisión sobre su solicitud de apelación.

Meridian les enviará una notificación a usted o a su representante autorizado para confirmar el retiro de su apelación. Si necesita más información sobre cómo retirar su apelación, comuníquese con Meridian Health Plan al 866-606-3700. Si tiene problemas auditivos, comuníquese con Illinois Relay llamando al 711.

¿Qué sucede a continuación?

Una vez que recibe por escrito la Notificación de la decisión sobre la apelación de parte de Meridian Health Plan, no debe tomar ninguna medida, y se cerrará el archivo de su apelación. No obstante, si no está de acuerdo con la decisión tomada en su apelación, puede tomar medidas y solicitar una Apelación por Audiencia imparcial del estado y/o una Revisión externa de su apelación en un plazo de **treinta (30) días calendario** a partir de la fecha que figura en la Notificación de la decisión. Puede solicitar tanto una Apelación por Audiencia imparcial del estado como una Revisión externa, o elegir solicitar solo una de estas opciones.

Audiencia imparcial del estado

Si lo desea, puede solicitar una Apelación por audiencia imparcial del estado en un plazo de **120 días calendario** a partir de la fecha que figura en la Notificación de la decisión, pero debe hacerlo en un plazo de **10 días calendario** a partir de la fecha que figura en la Notificación de la decisión si quiere continuar recibiendo sus servicios. Si no gana esta apelación, es posible que deba pagar por los servicios que se le hayan prestado durante el proceso de apelación.

En la Audiencia imparcial del estado, al igual que durante el proceso de apelación de Meridian Health Plan, puede solicitar que alguien lo represente, por ejemplo, un abogado, o que un familiar o amigo hable por usted. Para nombrar a alguien que lo represente, envíenos una carta en la que indique que desea ser representado por otra persona e incluya en la carta la información de contacto de dicha persona.

Puede solicitar una Audiencia imparcial del estado de una de las siguientes maneras:

- En el Centro de recursos para la familia y la comunidad de su zona pueden entregarle un formulario de apelación para solicitar una Audiencia imparcial del estado y, si lo desea, lo ayudarán a completarlo.
- Visite <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals> para abrir una Cuenta de apelaciones de solicitud de elegibilidad para beneficios (ABE) y presentar una Apelación por audiencia imparcial del estado en línea. Esto le permitirá controlar y gestionar su apelación en línea, ver fechas importantes y notificaciones relacionadas con la Audiencia imparcial del estado y presentar documentación.
- Si desea presentar una Apelación por audiencia imparcial del estado relacionada con sus servicios o productos médicos, o con los servicios de Exención por edad avanzada (Programa de atención en la comunidad [CCP]), envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Illinois Department of
Healthcare and Family Services
Bureau of Administrative Hearings
69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602
Fax: 312-793-2005

Correo electrónico: HFS.FairHearings@illinois.gov O puede llamar al 855-418-4421, TTY: 800-526-5812

- Si desea presentar una Apelación de audiencia imparcial del estado relacionada con artículos o servicios de salud mental, servicios relacionados con el abuso de sustancias, servicios de Exención para personas con discapacidades, servicios de Exención por lesión cerebral traumática, servicios de Exención por VIH/sida, o cualquier servicio del Programa de servicios en el hogar (HSP), envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Illinois Department of Human Services
 Bureau of Hearings
 69 W. Washington Street, 4th Floor
 Chicago, IL 60602
 Fax: 312-793-8573

Correo electrónico: DHS.HSPApeals@illinois.gov O puede llamar al 800-435-0774, TTY: 877-734-7429

Proceso de la Audiencia imparcial del estado

Un Funcionario de audiencias imparciales autorizado para dirigir Audiencias imparciales del estado será el encargado de dirigir la audiencia. Usted recibirá una carta de la oficina de Audiencias pertinente en la que se le informará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. En esta carta, también se incluirá información acerca de la audiencia. Es importante que lea esta carta cuidadosamente. Si abre una cuenta en <http://abe.illinois.gov/abe/access/appeals>, podrá acceder a todas las cartas relacionadas con el proceso de la Audiencia imparcial del estado a través de su Cuenta de apelaciones de ABE. También podrá cargar documentos y ver las citas.

Recibirá información de Meridian Health Plan al menos tres días hábiles antes de la audiencia. Se incluirán todas las pruebas que presentaremos en la audiencia. Esta información también se enviará al Funcionario de audiencias imparciales. Usted debe proporcionar a Meridian Health Plan y al Funcionario de audiencias imparciales todas las pruebas que presentará en la audiencia al menos tres días hábiles antes de la audiencia. Esto incluye una lista de todos los testigos que se presentarán en su nombre, así como todos los documentos que utilizará para respaldar su apelación.

Deberá notificar cualquier adaptación que pueda necesitar a la Oficina de audiencias correspondiente. Su audiencia puede realizarse por teléfono. Asegúrese de indicar el mejor número de teléfono para contactarlo durante las horas hábiles en la solicitud de Audiencia imparcial del estado. Es posible que se grabe la audiencia.

Aplazamiento o postergación

Puede solicitar un aplazamiento durante la audiencia o una postergación antes de la audiencia, y se le podrán conceder si existe una buena causa. Si el Funcionario de audiencias imparciales lo acepta, usted y todas las partes de la apelación recibirán una notificación por escrito con la nueva fecha, hora y lugar. El límite de tiempo para que se complete el proceso de apelación se extenderá en función de la duración del aplazamiento o de la postergación.

No comparecer en la audiencia

Su apelación será rechazada si usted o su representante autorizado no comparece en la audiencia a la hora, en la fecha y en el lugar que figuran en la notificación, y si no solicitó una postergación por escrito. Si la audiencia se realiza por teléfono, la apelación se rechazará si usted no responde la llamada telefónica en el horario programado de la apelación. Se enviará una Notificación de rechazo a todas las partes de la apelación.

Se puede volver a programar la audiencia si, en el plazo de **10 días calendario** a partir de la fecha de recepción de la Notificación de rechazo, nos informa que el motivo para no comparecer fue alguno de los siguientes:

- La muerte de un familiar
- Enfermedad o lesión personal que impediría razonablemente su comparecencia
- Una emergencia repentina e inesperada

Si se vuelve a programar la audiencia de apelación, la Oficina de audiencias les enviará a usted o a su representante autorizado una carta de reprogramación de la audiencia con copias a todas las partes de la apelación.

Si rechazamos su solicitud para volver a programar la audiencia, recibirá una carta por correo en la que se le informará sobre el rechazo.

La decisión de la Audiencia imparcial del estado

La Oficina de audiencias correspondiente les enviará por escrito a usted y a todas las partes interesadas una Decisión administrativa definitiva. La Decisión también estará disponible en línea a través de su Cuenta de apelaciones de ABE. Solo los Tribunales de circuito del estado de Illinois podrán revisar esta Decisión administrativa definitiva. El plazo que el Tribunal de circuito otorgará para la presentación de la revisión puede ser de tan solo 35 días a partir de la fecha de esta carta. Si tiene preguntas, llame a la Oficina de audiencias.

Revisión externa (solo para servicios médicos)

En el plazo de **30 días calendario** a partir de la fecha de la Notificación de la decisión sobre la apelación de parte de Meridian, usted puede optar por solicitar una revisión por parte de una persona que no pertenezca a Meridian Health Plan. Esto se llama revisión externa. El revisor externo debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser un proveedor certificado por una junta con la misma especialidad o una similar a la de su proveedor tratante.
- Estar en ejercicio.
- No poseer intereses financieros en la decisión.
- No conocerlo y no conocer su identidad al momento de la revisión.

La Revisión externa no está disponible para apelaciones relacionadas con servicios recibidos mediante la Exención por edad avanzada, la Exención para personas con discapacidades, la Exención por lesión cerebral traumática, la Exención por VIH/sida o el Programa de servicios en el hogar.

En su carta, debe solicitar una revisión externa de esa medida, y debe enviarla a la siguiente dirección:

Meridian Health Plan
Attn: Grievance and Appeals Dept.
300 South Riverside Plaza, Suite 500
Chicago, IL 60606
Teléfono: 866-606-3700
TTY: 711
Fax: 833-383-1503

¿Qué sucede a continuación?

- Revisaremos su solicitud para determinar si reúne los requisitos para una revisión externa. Tenemos cinco días hábiles para hacerlo. Le enviaremos una carta en la que le informaremos si la solicitud cumple con estos requisitos. Si la solicitud cumple con los requisitos, la carta tendrá el nombre del revisor externo.
- Tiene cinco días hábiles a partir de la fecha de la carta que le enviaremos para proporcionar cualquier información adicional sobre su solicitud al revisor externo.

El revisor externo les enviará a usted y/o a su representante y a Meridian Health Plan una carta con su decisión en un plazo de cinco días calendario a partir de la fecha en que reciba toda la información que necesita para completar su revisión.

Revisión externa acelerada (solo para servicios médicos)

Si el plazo habitual de una revisión externa podría poner en riesgo su vida o su salud, usted o su representante pueden solicitar una **revisión externa** acelerada. Puede hacerlo por teléfono o por escrito. Para solicitar una revisión externa acelerada por teléfono, llame a Servicios al Miembro al número gratuito 866-606-3700. Para solicitarla por escrito, envíenos una carta a la dirección que se indica a continuación. Puede solicitar la revisión externa de una medida específica solo una (1) vez. En su carta, debe solicitar una revisión externa de esa medida.

Meridian Health Plan
Attn: Grievance and Appeals Dept.
300 South Riverside Plaza, Suite 500
Chicago, IL 60606
Teléfono: 866-606-3700
TTY: 711
Fax: 833-383-1503

¿Qué sucede a continuación?

- Una vez que recibamos la llamada telefónica o la carta para solicitar una revisión externa acelerada, revisaremos su solicitud de inmediato para determinar si reúne los requisitos para una revisión externa acelerada. Si es así, nos comunicaremos con usted o con su representante para darle el nombre del revisor.
- También enviaremos la información necesaria al revisor externo para que pueda comenzar su revisión.
- El revisor externo tomará una decisión sobre su solicitud tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero en un plazo máximo de dos (2) días hábiles después de haber recibido toda la información necesaria. Les notificará su decisión oralmente a usted y/o a su representante y a Meridian Health Plan. También les enviará una carta de seguimiento a usted y/o su representante y a Meridian Health Plan, con la decisión en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas.

IMPORTANTE: En caso de contradicciones entre su Descripción de la cobertura y el Certificado de cobertura, prevalecerán los términos del Certificado.

Meridian Health Plan of Illinois, Inc.
300 South Riverside Plaza, Suite 500
Chicago, IL 60606

CERTIFICADO DE COBERTURA

Meridian Health Plan of Illinois, Inc., una Corporación de Illinois que opera como una organización de mantenimiento de la salud, en adelante denominada el "Plan de salud", emite este Certificado a nombre de <Member First Name> <Member Last Name> , en adelante mencionado como el "Miembro". Como contraprestación a la afiliación del Miembro, el Plan de salud le proveerá al Miembro servicios médicos cubiertos y/o los coordinará, en conformidad con las disposiciones de este Certificado.

EN VIRTUD DE LO CUAL, el Plan de salud ha hecho que un funcionario debidamente autorizado firme este Certificado en la fecha que se indica a continuación; la cobertura conforme a este Certificado comenzará en la fecha de entrada en vigencia que se indica a continuación.

Fecha de entrada en vigencia:

Meridian Health Plan of Illinois, Inc.

<Effective Date>

Por: <Signature Image>
 Presidente y director general

Fecha: <DATE>

Índice del Certificado de cobertura

SECCIÓN I.	DEFINICIONES	3
SECCIÓN II.	ELEGIBILIDAD Y AFILIACIÓN	5
SECCIÓN III.	CANCELACIÓN DE LA COBERTURA DEL MIEMBRO	5
SECCIÓN IV.	SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS	6
SECCIÓN V.	CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	7
SECCIÓN VI.	RELACIÓN DE LAS PARTES	7
SECCIÓN VII.	INDEMNIZACIÓN LABORAL, SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DEL AUTOMÓVIL, MEDICARE Y OTRA COBERTURA MÉDICA	8
SECCIÓN VIII.	SUBROGACIÓN	8
SECCIÓN IX.	PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA UTILIZACIÓN	9
SECCIÓN X.	DISPOSICIONES GENERALES	9
SECCIÓN XI.	EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES	10
Anexo A	Servicios y beneficios cubiertos, limitaciones y exclusiones	12
Anexo B	Departamento de Servicios al Miembro	22

MERIDIAN HEALTH PLAN OF ILLINOIS, INC

SECCIÓN I. DEFINICIONES

- A. **“Medida”** es (i) el rechazo o la limitación de la autorización de un servicio solicitado; (ii) la reducción, la suspensión o el cese de un servicio previamente autorizado; (iii) el rechazo del pago de un servicio; (iv) la no prestación de servicios en tiempo y forma; (v) el rechazo de la solicitud de un Miembro de obtener servicios fuera del Área de contratación aprobada si el Plan de salud es la única organización de atención administrada contratada por el Departamento que presta servicios en un área rural. (v) la falta de respuesta a una apelación en tiempo y forma; y (vi) el rechazo de la solicitud de un Miembro de obtener servicios fuera del Área de contratación aprobada, si el Plan de salud es la única organización de atención administrada contratada por el Departamento que presta servicios en un área rural.
- B. **“Apelación”** es una solicitud de revisión de una decisión tomada por el Plan de salud con respecto a una Medida.
- C. **“Crónica”** es una enfermedad o lesión que es, o se prevé que sea, de larga duración y/o que frecuentemente reaparece y está siempre presente en mayor o menor medida. Las afecciones crónicas pueden tener episodios agudos.
- D. **“Contrato”** es el acuerdo entre el Plan de salud y el Departamento, conforme al cual esta cobertura está a disposición de las Personas elegibles.
- E. **“Servicios cubiertos”**, tal como se los describe más detalladamente en el Anexo A, Servicios y beneficios cubiertos, limitaciones y exclusiones, son aquellos beneficios, servicios y suministros que Meridian Health Plan of Illinois, Inc. (el “Plan de salud”) ha acordado coordinar para los Miembros, de acuerdo con el contrato celebrado con el Departamento.
- F. **“Departamento”** es el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois.
- G. **“Dependiente”** es un individuo que reúne los requisitos del Programa de Asistencia Médica, es Miembro de una cobertura de asistencia médica y es una Persona elegible.
- H. **“Fecha de entrada en vigencia”** es la fecha en la que la cobertura de un Miembro entra en vigencia.
- I. **“Persona elegible”** es cualquier persona cubierta por el Contrato.
- J. **“Afección médica de emergencia”** es una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido, entre otros, dolor intenso) que llevaría a una persona común y prudente con conocimientos promedio de medicina y salud a creer razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría tener como consecuencia lo siguiente:
1. un grave peligro para la salud del individuo o, en caso de una embarazada, para su salud o la del feto
 2. un grave deterioro de las funciones corporales
 3. la disfunción grave de órganos o partes del cuerpo
- K. **“Servicios de emergencia”** son aquellos servicios médicos para pacientes internados y ambulatorios que son Servicios cubiertos, incluido el traslado, necesarios para evaluar o estabilizar una Afección médica de emergencia, que brinda un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia.
- La necesidad de servicios médicos relacionados con el embarazo, incluida la atención prenatal de rutina o el parto, que reciba un Miembro que viaje fuera del Área de servicio durante el tercer trimestre de embarazo en contra del consejo médico no se considerará una Emergencia, excepto cuando el Miembro se encuentre fuera del Área de servicio por circunstancias que sean ajenas a su control.
- L. **“EPSDT”** son los servicios de Exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos para niños conforme al Título XIX de la Ley de Seguro Social (Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1396 y subsiguientes).
- M. **“Exclusión”**, tal como se describe más detalladamente en el Anexo A, es un producto o servicio que no constituye un Servicio cubierto de conformidad con el Contrato.
- N. **“Tratamiento experimental o en investigación”** se refiere a cualquier medicamento, dispositivo, terapia, tratamiento médico o procedimiento que suponga la aplicación, la administración o el uso de procedimientos, técnicas, equipos, suministros, productos, remedios, vacunas, productos biológicos, medicamentos, productos farmacéuticos o compuestos químicos si, según lo determinado exclusivamente por el Plan de salud, sucede lo siguiente:
- El medicamento o el dispositivo no se pueden comercializar lícitamente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU., y la aprobación para su comercialización no se ha otorgado al momento de la provisión del medicamento o dispositivo.
- El medicamento, el dispositivo, la terapia, el tratamiento médico o el procedimiento, o el documento de consentimiento informado del paciente que se utiliza con el medicamento, el dispositivo, el tratamiento médico o el procedimiento fue revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional del centro de tratamiento o por otra junta que cumpla una función similar, o si la ley federal exige dicha revisión y aprobación.
- La Evidencia confiable (tal como se define dicho término a continuación) indica que no se demostró la seguridad y la eficacia de tal medicamento, dispositivo, terapia, tratamiento médico o procedimiento para el tratamiento de la afección en cuestión mediante el uso de metodologías o prácticas estadísticas científicas, médicas o de salud pública generalmente aceptadas.
- La Evidencia confiable indica que el medicamento, el dispositivo, la terapia, el tratamiento médico o el procedimiento es objeto de ensayos clínicos de fase I o fase II en curso; es la rama de investigación, experimental, del estudio o en fase de investigación de ensayos clínicos de fase III en curso; o que de otro modo está en estudio para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad o eficacia en comparación con los medios estándares de tratamiento o diagnóstico.

La Evidencia confiable muestra que la opinión que prevalece entre los expertos en cuanto al medicamento, el dispositivo, la terapia, el tratamiento médico o el procedimiento es que se necesitan otros estudios o ensayos clínicos para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia o eficacia en comparación con los medios estándares de tratamiento o diagnóstico, o la opinión que prevalece entre los expertos, según lo demuestra la Evidencia confiable, es que el uso debe restringirse básicamente a los entornos de investigación.

- O. **“Queja”** es la expresión de insatisfacción de un Miembro, incluidos reclamos, con respecto a cualquier asunto que no sea aquel que es estrictamente objeto de una Apelación.
- P. **“Grupo”** es el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois.
- Q. **“Hospital”** es un centro que funciona legalmente y se define como un hospital para enfermedades agudas o de atención especializada y una institución con licencia del estado que está aprobada por la Comisión Conjunta (“TJC”), por la Asociación Estadounidense de Osteopatía (“AOA”) o por el programa Medicare.
- R. **“Programa de Asistencia Médica”** es el Programa de Asistencia Médica del HFS que administra el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois.
- S. **“Director médico”** se refiere a un Médico designado por el Plan de salud para supervisar y revisar la utilización y la calidad de los servicios médicos que se prestan a los Miembros.
- T. **“Necesario desde el punto de vista médico”** hace referencia a un servicio que es adecuado, no más restrictivo que el usado en el programa Medicaid del estado, incluidos los límites de tratamiento cuantitativos y no cuantitativos, según lo indicado en las leyes y reglamentaciones estatales, el Plan estatal y otras políticas y procedimientos estatales, y que cumple con los estándares de buena práctica médica en la comunidad médica, según lo determinado por el Proveedor conforme a las pautas, políticas o procedimientos del Contratista, para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta; para la prevención de enfermedades futuras; para ayudar con la capacidad del Miembro para obtener, mantener o recuperar una capacidad funcional; para que un Miembro tenga la oportunidad de recibir servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) para acceder a los beneficios de la vida en comunidad; para lograr metas centradas en la persona y vivir y trabajar en el entorno elegido por el Miembro; o para que el Miembro logre el crecimiento y desarrollo adecuados para su edad.
- U. **“Miembro”** es una Persona elegible afiliada al Plan de salud según lo estipulado en el Contrato.
- V. **“Servicios fuera del área”** son los Servicios cubiertos que se coordinan o reciben fuera del Área de servicio y que se limitan a los Servicios de emergencia.
- W. **“Proveedor participante”** es un Proveedor, grupo médico, Hospital, Centro de enfermería especializada, agencia de atención médica en el hogar o cualquier otra institución o profesional médico con la licencia correspondiente que haya celebrado un contrato de manera directa o indirecta con el Plan de salud para brindar o facilitar Servicios cubiertos a los Miembros, y que actualmente está inscrito como proveedor del Programa de Asistencia Médica. El acuerdo de un Proveedor participante con el Plan de salud se puede rescindir en cualquier momento, y un Miembro puede verse obligado a recurrir a otro Proveedor participante.
- X. **“Médico”** es una persona que cuenta con licencia de conformidad con la Ley de Ejercicio de la Medicina de 1987.
- Y. **“Servicios posteriores a la estabilización”** son los servicios necesarios desde el punto de vista médico que no son de emergencia y que se brindan a un Miembro después de que el Miembro ha sido Estabilizado, a fin de mantener dicha Estabilización, después de una Afección médica de emergencia.
- Z. **“Proveedor de atención primaria” o “PCP”** es un Proveedor participante cuya responsabilidad principal es proveer, disponer y coordinar todos los aspectos de la atención médica de un Miembro. Un Miembro elegirá un Proveedor de atención primaria, o bien se elegirá uno en su nombre. El acuerdo de un Proveedor de atención primaria con el Plan de salud se puede rescindir en cualquier momento, y un Miembro puede verse obligado a recurrir a otro Proveedor de atención primaria.
- AA. **“Área de servicio”** es el área geográfica dentro de la cual el Plan de salud tiene aprobación reglamentaria para funcionar y que está designada por el Contrato de conformidad con el cual el Miembro está afiliado.
- BB. **“Terapia de rehabilitación a corto plazo”** es la terapia de rehabilitación que está limitada al tratamiento de afecciones sujetas a mejoras clínicas considerables en el plazo de dos (2) meses a partir del primer día de atención, tal como lo determinan con antelación y en tiempo y forma el Proveedor de atención primaria del Miembro y el Director médico del Plan de salud, a menos que en el Anexo A se establezca explícitamente lo contrario.
- CC. **“Atención de enfermería especializada”** se refiere a los Servicios cubiertos que solo pueden ser provistos o supervisados por personal de enfermería con licencia.
- DD. **“Centro de enfermería especializada”** es un centro que cuenta con la licencia correspondiente otorgada por el estado y que brinda atención de enfermería especializada para pacientes agudos hospitalizados, servicios de rehabilitación para enfermos agudos u otros servicios médicos relacionados para casos agudos.
- EE. **“Médico de atención especializada”** es un Médico que brinda cierta atención médica especializada tras la derivación del PCP de un Miembro, y que está inscrito actualmente como proveedor del Programa de Asistencia Médica y autorizado por el Plan de salud.
- FF. **“Estabilización o estabilizado”** significa, con respecto a la Afección médica de emergencia y según lo determine un Médico a cargo de la sala de emergencias u otro proveedor tratante dentro de la probabilidad médica razonable, que es probable que no se produzca ningún deterioro material de la afección por el alta o el traslado a otro centro.
- GG. **“Cargo habitual y acostumbrado”** es el cargo que se basa en el esquema tarifario del Programa de Asistencia Médica vigente en ese momento en el Área de servicio del Miembro. Si un Miembro tiene una pregunta en lo que concierne a la determinación del Plan de salud sobre el Cargo habitual y acostumbrado en un caso específico, puede llamar a Servicios al Miembro.

HH. “Proveedor de atención médica primaria para la mujer” (“WHCP”) es un médico con licencia para ejercer la medicina en todas sus ramas y que se especializa en obstetricia o ginecología, o bien en medicina familiar, y que es un Médico participante y opta por desempeñarse como WHCP.

SECCIÓN II. ELEGIBILIDAD Y AFILIACIÓN

A. Quiénes son elegibles para ser Miembros

Una Persona elegible que se haya afiliado al Plan de salud en conformidad con el Contrato y confirmada por el Departamento. Además, un hijo recién nacido de la Persona elegible que es la Titular de la cobertura y está afiliada al Plan de salud tendrá cobertura a partir del momento de su nacimiento, sujeto a todas las disposiciones aplicables de este Certificado. Si tiene un bebé, llame de inmediato al trabajador social. Luego, llame al Plan de salud para ponerlo en conocimiento del nacimiento de su bebé.

B. Afiliación

La afiliación conforme al presente Acuerdo funcionará de la siguiente manera:

- 1) El Plan de salud y el Departamento, o el agente contratado de afiliación para clientes, serán responsables de la afiliación de las Personas elegibles en conformidad con el procedimiento acordado. Un bebé recién nacido incorporado a la cobertura de asistencia médica dentro de los 46 días a partir de la fecha de nacimiento quedará afiliado automáticamente al Plan de salud si la madre es la beneficiaria de la cobertura y está afiliada al Plan de salud en el momento del nacimiento. La cobertura es retroactiva a la fecha de nacimiento en esta instancia. Cuando un Miembro da a luz y el bebé se incorpora a la cobertura de asistencia médica después de 46 días desde el nacimiento, pero antes de un año desde el nacimiento, el bebé será inscrito en el Plan de salud. La cobertura será prospectiva en esta instancia y la Fecha de entrada en vigencia de la cobertura será determinada por el HFS.
- 2) Como parte de sus funciones de comercialización y servicio a los Miembros, el Plan de salud brindará educación y asistencia a las Personas elegibles para que comprendan sus opciones de afiliación, para facilitar su contacto con el agente de afiliación para clientes o, si es necesario, para que presenten ante el Departamento o su agente contratado de afiliación para clientes un formulario de afiliación aprobado, completo y firmado por la Persona elegible que sea la beneficiaria de la cobertura. Una Persona elegible adulta que no sea la beneficiaria de la cobertura solamente puede afiliarse ella misma.
- 3) Un miembro puede cambiar su plan de salud en cualquier momento en los primeros noventa (90) días de la afiliación. Después de ese momento, el miembro no podrá cambiar su plan de salud, excepto una vez al año durante el período de afiliación abierta designado por el HFS. Además, el HFS puede permitir que un Miembro cancele la afiliación fuera del período de afiliación abierta en las siguientes circunstancias cuando lo solicite:
 - el Miembro se muda fuera del área de servicio del Plan de salud;
 - el Plan de salud no brinda un Servicio cubierto solicitado por el Miembro por motivos de conciencia;
 - el Miembro necesita que ciertos servicios cubiertos relacionados se lleven a cabo al mismo tiempo pero no todos los servicios relacionados están disponibles a través del Plan de salud, y el PCP u otro Proveedor del Miembro determinan que la recepción de los servicios por separado sometería al Miembro a riesgos innecesarios;
 - cuando el cambio de Proveedor de LTSS del Miembro (apoyo residencial, institucional o laboral) de un Proveedor de la red a un Proveedor fuera de la red causa una interrupción en la residencia o el empleo; u
 - otros motivos, entre los que se incluyen, una atención de mala calidad, la falta de acceso a Servicios cubiertos, la falta de acceso a Proveedores experimentados en el tratamiento de las necesidades de atención médica del Miembro, o si el Miembro se vuelve a afiliarse automáticamente después de la pérdida de la elegibilidad fuera del período de afiliación abierta.

C. No discriminación

La afiliación no tendrá en cuenta la raza, el color, la religión, el sexo, la nacionalidad, la ascendencia, la edad ni la discapacidad física o mental. El Plan de salud no discriminará a las Personas elegibles sobre la base de su estado de salud o su necesidad de recibir servicios médicos.

D. Entrega de documentos

El Plan de salud entregará un manual del Miembro a cada Miembro al momento de la afiliación, cuando lo solicite, y cuando se realicen cambios importantes.

E. Notificación de no elegibilidad

Corresponderá al estado la responsabilidad de notificar al Plan de salud sobre cualquier cambio que incida en la elegibilidad del Miembro.

SECCIÓN III. CANCELACIÓN DE LA COBERTURA DEL MIEMBRO

A. Cancelación de la cobertura

El Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois puede cancelar la cobertura de un Miembro en virtud de este Certificado de la siguiente manera:

- 1) Cuando un Miembro ya no es elegible para el Programa Medicaid del HFS o, de otra manera, no forma parte de la población descrita como Miembros en virtud de este Contrato, o si se produce alguna de las siguientes situaciones:
 - a. El fallecimiento del Miembro. La cancelación de la cobertura entrará en vigencia a las 11:59 p.m. del último día del mes en que falleció el Miembro. La cancelación puede ser retroactiva a esta fecha.
 - b. Cuando un Miembro opta por cambiar de organización de atención administrada (MCO) durante el período de cambio o el Período de afiliación abierta. La cancelación de la cobertura con la MCO anterior entrará en vigencia a las 11:59 p.m. del día inmediatamente anterior a la Fecha de entrada en vigencia de la afiliación del Miembro con la MCO nueva.
 - c. Cuando un Miembro ya no reside en el Área de servicio. Si se desafiliará a un Miembro por solicitud del Plan de salud en virtud de esta sección, en primer lugar el Plan de salud debe suministrar al HFS la documentación satisfactoria que indique que el Miembro ya no reside en el Área de servicio. La cancelación de la cobertura entrará en vigencia a las 11:59 p.m. del último día del mes previo al mes en que el HFS determinó que el Miembro ya no residía en el Área de

servicio. La cancelación puede ser retroactiva si el HFS logra determinar el mes en que el Miembro se mudó del Área de servicio.

- d. Cuando el HFS determina que un Miembro cuenta con otra cobertura de seguro significativa o se lo coloca en estado Spend-Down (reducción de gastos).
- e. Cuando el HFS toma conocimiento de que un Miembro está encarcelado en una prisión del condado, una institución del Departamento Correccional de Illinois o una institución penal federal. La cancelación de la cobertura entrará en vigencia a las 11:59 p.m. del último día del mes anterior al mes en que encarcelaron al Miembro.
- f. Cuando un Miembro ingresa en custodia del Departamento de Servicios para Niños y Familias (DCFS). La cancelación de la cobertura entrará en vigencia a las 11:59 p.m. del día previo al día en que el tribunal otorgó la custodia del Miembro al DCFS.

El Plan de salud no intentará cancelar la afiliación de un Miembro debido a un cambio adverso en el estado de salud del Miembro o debido al uso de Servicios cubiertos por parte del Miembro, la capacidad mental disminuida del Miembro o un comportamiento perturbador o no colaborativo por parte de un Miembro con necesidades especiales (excepto en la medida en que la afiliación continua del Miembro con un Contratista perjudique seriamente la capacidad del Contratista para brindar Servicios cubiertos al Miembro o a otros Miembros). Asimismo, el Plan de salud no intentará cancelar la afiliación de un Miembro que busque ejercer, o esté ejerciendo, los derechos de Queja o Apelación de dicho Miembro en virtud de este Certificado.

B. Reincorporación

Un Miembro no será reincorporado automáticamente al Plan si el Departamento cancela su cobertura con justa causa.

Si se cancela la cobertura de un Miembro debido a la cancelación de la elegibilidad y este recupera su elegibilidad en un plazo de 60 días, esta persona será reincorporada automáticamente como Miembro del Plan de salud y asignada a su Proveedor de atención primaria anterior, y recibirá cobertura en conformidad con este Certificado. Si la elegibilidad queda cancelada por más de 60 días, la afiliación no se restablece automáticamente. Será necesario presentar una nueva solicitud de afiliación.

C. Certificado de cobertura acreditable

El Plan de salud llevará un registro de los períodos de "cobertura acreditable" de cada Miembro. Al cancelarse la cobertura en conformidad con este Certificado y durante el período de dos (2) años después de la cancelación, el Miembro puede solicitar un Certificado de cobertura acreditable al Departamento llamando al 888-281-8497.

SECCIÓN IV. SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS

Cada Miembro elegirá, o en su nombre se elegirá, un PCP por medio del cual se le prestarán o se coordinarán ciertos servicios médicos de atención primaria, y que se ocupará de coordinar los demás Servicios cubiertos que el Miembro deba recibir de otros Proveedores participantes. Además de un PCP, todos los Miembros de sexo femenino pueden seleccionar un WHCP si así lo desean. No es obligatorio tener o seleccionar un WHCP, pero la opción está disponible para los Miembros de sexo femenino. Los Miembros de tribus aborígenes pueden recibir servicios de proveedores de atención médica de tribus aborígenes dentro o fuera del estado de Illinois. Los Miembros también tienen derecho a elegir un proveedor autorizado como Institución médica centrada en el paciente (PCMH). Si un Miembro recibe servicios por medio de un Médico o proveedor de atención médica que no sea su PCP, y si dichos servicios no fueron ordenados por este último ni autorizados por el Plan de salud, dichos servicios no serán cubiertos, excepto en el caso de una verdadera Emergencia. Los Miembros pueden cambiar de Proveedor de atención primaria llamando a Servicios al Miembro. Los cambios entrarán en vigencia inmediatamente en la mayoría de las circunstancias cuando el Miembro seleccione un proveedor con un acuerdo de tarifa por servicio. Si el proveedor ha ingresado en un acuerdo per cápita, los cambios realizados antes del día 15 del mes entrarán en vigencia el primer día del mes en curso. Los cambios realizados el día 15 del mes o después entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente.

A menos que se establezca lo contrario en este Certificado, y a excepción de los servicios de planificación familiar o los casos de emergencia, un Miembro recibirá Servicios cubiertos de Proveedores participantes, incluidos servicios médicos, quirúrgicos, de diagnóstico, terapéuticos y preventivos, según se establece en el Anexo A, que se consideren Necesarios desde el punto de vista médico y sean proporcionados, recetados, indicados u ordenados por el Proveedor de atención primaria o WHCP de un Miembro, dentro del ámbito de la práctica, la experiencia y la capacitación de ese proveedor.

Cuando un PCP, WHCP u otro Proveedor participante determine que los servicios son Necesarios desde el punto de vista médico y notifique al Plan de salud sobre un tratamiento recomendado, y el Plan de salud determine que un segundo tratamiento es equivalente o sustancialmente equivalente desde el punto de vista médico, el Plan de salud tiene derecho, a su exclusivo criterio, y siempre que la decisión se tome en tiempo y forma y de modo prospectivo, a cubrir únicamente los servicios o beneficios menos costosos en lugar de aquellos que de otro modo estarían cubiertos o disponibles de conformidad con el Contrato. Esta disposición no excluye el derecho del médico a apelar de conformidad con lo dispuesto en el Capítulo 215, Sección 134/45 de los Estatutos Compilados de Illinois (ILCS). Esto sigue siendo válido independientemente de si esos servicios o beneficios menos costosos tuviesen o no cobertura de otro modo. Esto significa, por ejemplo, que si la atención como paciente internado en un Centro de enfermería especializada y la atención de enfermería intermitente y a medio tiempo en el hogar fuesen servicios adecuados desde el punto de vista médico, y la atención como paciente internado fuese menos costosa, el Plan de salud puede limitar la cobertura a este último servicio. Asimismo, el Plan de salud puede limitar la cobertura a la atención como paciente internado, incluso si esto significa extender el beneficio como paciente internado más allá de lo estipulado en este Certificado.

Para que un tratamiento, servicio o suministro propuesto se considere un Servicio cubierto, ese tratamiento, servicio o suministro debe ser Necesario desde el punto de vista médico (consulte la definición en la Sección I, punto T). Un tratamiento, servicio o suministro propuesto no es Necesario desde el punto de vista médico ni tampoco es un Servicio cubierto simplemente porque un Médico o un Proveedor participante recete, ordene, recomiende o apruebe el servicio o el suministro. Además, los requisitos de Necesidad médica se aplican a todos los tratamientos, servicios o suministros cubiertos en conformidad con este Certificado, incluso aquellos que estén específicamente cubiertos por el Plan de salud o que no estén expresamente excluidos. Por lo tanto, un tratamiento, servicio o suministro propuesto no se considerará un Servicio cubierto cuando no sea Necesario desde el punto de vista médico, aunque no figure específicamente como una Exclusión, esté expresamente previsto en el Anexo A y/o sea de otro modo un beneficio en conformidad con el Programa Medicaid. El Plan de salud mantendrá indemne al Miembro de toda

responsabilidad financiera por los servicios que, de manera retroactiva, se consideren no Necesarios desde el punto de vista médico, a menos que el Miembro haya cometido fraude.

En caso de que un Proveedor participante no pueda satisfacer las necesidades médicas del paciente, un Miembro puede ser derivado por su PCP a un Proveedor no participante.

Un Miembro no obtendrá un derecho adquirido sobre ningún Servicio cubierto simplemente por haber comenzado a recibirlo. El Plan de salud puede modificar o cancelar este Certificado según se establece en el presente documento, y el Miembro no tendrá un derecho adquirido en la cobertura continua en conformidad con este Certificado o con respecto a ningún Servicio cubierto.

SECCIÓN V. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

A. Miembros nuevos

Si un Miembro está recibiendo atención médica o tratamiento como paciente internado en un hospital para enfermedades agudas el día de entrada en vigencia de la afiliación, el Plan de salud asumirá la responsabilidad de administrar dicha atención y será responsable de todas las reclamaciones sobre los Servicios cubiertos desde esa fecha. En el caso de hospitalizaciones que serían reembolsadas de otro modo por el Programa médico del HFS sobre una base diaria, la responsabilidad del Plan de salud comenzará el día de entrada en vigencia de la afiliación. A pesar de lo antedicho, en el caso de las hospitalizaciones que serían reembolsadas de otro modo por el Programa médico del HFS sobre una base de DRG, el Plan de salud no será responsable de la hospitalización.

Si un Miembro está recibiendo atención médica o tratamiento como paciente internado en un hospital para enfermedades agudas en el momento en que se cancela la cobertura de este Certificado, el Plan de salud coordinará la continuidad de la atención o del tratamiento de la enfermedad en curso, hasta que dicha atención médica o dicho tratamiento haya sido transferido por completo a un Proveedor tratante que asuma la responsabilidad de dicha atención médica o dicho tratamiento por el resto de la hospitalización y la subsiguiente atención de seguimiento. El Plan de salud conservará la documentación de dicha transferencia de responsabilidad de la atención médica o del tratamiento. En el caso de hospitalizaciones que serían reembolsadas de otro modo por el Programa médico del Departamento sobre una base diaria, el Plan de salud será responsable del pago de cualquier atención médica o tratamiento brindado al Miembro hasta la fecha de entrada en vigencia de la desafiliación. En el caso de hospitalizaciones que serían reembolsadas de otro modo por el Programa médico del Departamento sobre una base de DRG, el Plan de salud será responsable del pago de cualquier atención médica o tratamiento para pacientes internados brindado al Miembro cuando la fecha de alta sea posterior a la fecha de entrada en vigencia de la desafiliación.

El Plan de salud proporcionará asistencia con la coordinación de la atención para que Miembros potenciales accedan a un PCP o WHCP, o para que continúen un tratamiento, antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Plan de salud, si el Miembro potencial lo solicita o si el Plan de salud tiene conocimiento de que se necesite dicha asistencia. El Coordinador de la atención asignado al Miembro potencial intentará comunicarse con el Miembro potencial a más tardar dos (2) días hábiles después de que el Coordinador de la atención reciba la notificación de la solicitud de coordinación de la atención.

En el caso de que un Miembro nuevo se encuentre recibiendo un tratamiento activo y en curso o cursando el tercer trimestre de embarazo y su médico no sea un proveedor de la red, el Plan de salud le permitirá al Miembro continuar con el tratamiento en curso con dicho Médico por un máximo de noventa (90) días o durante el período de posparto, o según lo exija la Sección 25 de la Ley de Reforma de la Atención Médica Administrada y de Derechos del Paciente, solo si el médico fuera de la red acepta brindar dicho tratamiento en curso y cumple con lo siguiente: (i) acepta el reembolso a las tarifas establecidas por el Plan de salud en función de una revisión del nivel de servicios provistos; (ii) adhiere a los requisitos de QA del Plan de salud; (iii) brinda la información médica necesaria relacionada con la atención médica; y (iv) adhiere a las políticas y los procedimientos del Plan de salud, incluidos, entre otros, los procedimientos de derivación.

El Plan de salud mantendrá la transición de servicios de acuerdo con la Sección 25 de la Ley de Reforma de la Atención Médica Administrada y de Derechos del Paciente (Capítulo 215, Sección 134/25 de los ILCS).

B. Miembros actuales

En el caso de que el médico de un Miembro deje la red del Plan de salud, el Plan de salud le permitirá al Miembro continuar con el tratamiento en curso con dicho Médico por un máximo de noventa (90) días o durante el período de posparto, o según lo exija la Sección 25 de la Ley de Reforma de la Atención Médica Administrada y de Derechos del Paciente, solo si el Médico fuera de la red acepta brindar tal tratamiento en curso y, además, (i) acepta el reembolso a las tarifas establecidas por el Plan de salud en base a una revisión del nivel de servicios provistos; (ii) adhiere a los requisitos de QA del Plan de salud; (iii) brinda la información médica necesaria relacionada con la atención médica; y (iv) adhiere a las políticas y los procedimientos del Plan de salud, incluidos, entre otros, los procedimientos de derivación.

SECCIÓN VI. RELACIÓN DE LAS PARTES

C. Contratistas independientes

La relación entre el Plan de salud y los proveedores participantes es la de un contratista independiente; los proveedores participantes no son agentes ni empleados del Plan de salud, y el Plan de salud y sus empleados tampoco son empleados ni agentes de los proveedores participantes. El Plan de salud no será responsable de ninguna reclamación o demanda por los daños que puedan producirse a partir de las lesiones que un Miembro sufra mientras recibe atención de un proveedor participante, ni por los daños de algún modo vinculados con estas lesiones, ni tampoco por las lesiones que el Miembro sufra en el centro del proveedor participante como resultado de la propia negligencia de este proveedor en el desempeño de sus tareas, y que surjan a raíz del tratamiento del Miembro.

D. Relación de proveedor y paciente

Los Proveedores participantes mantienen con los Miembros una relación de proveedor y paciente, y son exclusivamente responsables ante los Miembros de todos los servicios médicos o tratamientos que ellos prestan o recomiendan. Los Miembros se pueden rehusar a aceptar ciertos procedimientos.

Los Proveedores participantes pueden interpretar esa negativa a aceptar sus recomendaciones como incompatible con la continuidad de su relación de proveedor y paciente, y como un obstáculo para la prestación de la atención médica adecuada. Los Proveedores participantes

harán todo lo posible por brindar toda la atención médica necesaria y adecuada de un modo que sea compatible con el criterio de un Proveedor participante en lo que respecta a los requisitos del ejercicio adecuado de la medicina. Si un Miembro se rehúsa a seguir un tratamiento o un procedimiento recomendados después de que el Proveedor participante haya hecho todo lo posible por lograr su cooperación, y si el Proveedor participante cree que no existe una alternativa profesional aceptable, el Miembro será notificado en tal sentido. En ese caso, el Plan de salud notificará al Miembro para que seleccione un nuevo Proveedor participante. Si el Miembro no ha seleccionado un nuevo Proveedor participante en un plazo de treinta (30) días de la notificación, el Plan de salud seleccionará un nuevo Proveedor participante en nombre del Miembro. Además, el Plan de salud puede notificar al Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois sobre ese incumplimiento, y solicitar que el Departamento cancele la afiliación del Miembro al Plan de salud. La negativa reiterada del Miembro a seguir los tratamientos o procedimientos indicados puede dar lugar a la cancelación de la cobertura del Miembro en conformidad con la Sección III, Cancelación de la cobertura del Miembro. Sin embargo, antes de la cancelación, el Plan de salud le dará al Miembro la oportunidad de seleccionar un PCP alternativo.

El Plan de salud o un Proveedor participante pueden rescindir su contrato o limitar la cantidad de Miembros que el proveedor aceptará como pacientes. El Plan de salud no puede garantizar que un Proveedor participante específico estará disponible para prestar servicios durante todo el período de tiempo que un Miembro tenga cobertura del Plan de salud. El Plan de salud intentará de buena fe notificar por escrito la rescisión del contrato de un Proveedor en el plazo de quince (15) días de la rescisión del contrato, en el que el Proveedor cuyo contrato ha sido rescindido era Médico de atención primaria de un Miembro o atendía al Miembro con regularidad.

El Plan de salud no intervendrá en la prestación de servicios médicos, quedando entendido que se mantendrá la relación tradicional entre el proveedor y el paciente. No obstante, el Plan de salud no es responsable del pago de los servicios médicos en los casos en los que un tratamiento específico no sea un servicio cubierto conforme a la cobertura del Plan de salud del Miembro. El Plan de salud mantendrá indemnes a los Miembros de toda responsabilidad financiera por los servicios que el Plan de salud, de manera retroactiva, considere que no están cubiertos porque no son necesarios desde el punto de vista médico, a menos que el Miembro haya cometido fraude.

SECCIÓN VII. INDEMNIZACIÓN LABORAL, SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DEL AUTOMÓVIL, MEDICARE Y OTRA COBERTURA MÉDICA

E. Indemnización laboral y Seguro de responsabilidad civil del automóvil

Los beneficios en conformidad con este Certificado no tienen como fin duplicar ningún beneficio para el cual los Miembros sean elegibles en virtud de la Indemnización laboral o del Seguro de responsabilidad civil del automóvil. Todas las sumas pagaderas conforme a la Indemnización laboral o al Seguro de responsabilidad civil del automóvil por los servicios provistos a los Miembros o coordinados para ellos son pagaderas al Plan de salud y retenidas por este. También se entiende que la cobertura en conformidad con este Certificado no sustituye ningún requisito de cobertura en virtud de la Indemnización laboral y del Seguro de responsabilidad civil del automóvil, ni tampoco tendrá influencia alguna sobre ningún requisito. El hecho de que un Miembro no trate de ejercer sus derechos de Indemnización laboral ni de obtener beneficios en virtud del Seguro de responsabilidad civil del automóvil (si están vigentes) o la renuncia a esos derechos o beneficios se considerarán una infracción a esta disposición.

F. Medicare

Excepto que la ley federal aplicable disponga lo contrario, los beneficios en conformidad con este Certificado para los Miembros mayores de sesenta y cinco (65) años o los miembros de otro modo cubiertos por Medicare no duplican ningún beneficio para el cual esos Miembros sean elegibles en virtud de la Ley de Medicare, incluida la Parte B de esa ley, a excepción de los copagos y deducibles de Medicare. En los casos en que Medicare sea el pagador principal, todas las sumas pagaderas en conformidad con el Programa Medicare por los servicios que se proporcionen en virtud del presente Certificado son pagaderas al Plan de salud y retenidas por este, o según lo indique el Plan de salud.

G. Otra cobertura médica

Los servicios que se hayan pagado o sean pagaderos conforme a cualquier otro plan de salud o seguro médico en virtud del cual el Miembro reciba cobertura son siempre la cobertura principal, que, al igual que el Programa de Asistencia Médica, siempre es la cobertura de último recurso.

H. Cooperación de los Miembros

Cada Miembro completará los consentimientos, las cesiones, las asignaciones y otros documentos, y los presentará al Plan de salud según este los solicite, a fin de obtener o garantizar el reembolso en los casos en que el Plan de salud sea el pagador secundario en conformidad con esta Sección. El Plan de salud puede solicitar que el Departamento cancele la afiliación de un Miembro que no preste su cooperación, incluida la afiliación en la Parte B del Programa Medicare, tan pronto como sea posible en los casos en que Medicare sea el pagador principal.

SECCIÓN VIII. SUBROGACIÓN

Si un Miembro sufre una lesión o se enferma debido al accionar de un tercero, el Plan de salud brindará atención para esa lesión o enfermedad. La aceptación de tales servicios se considerará como el consentimiento a lo dispuesto en esta Sección.

En caso de que se efectúe un pago por los beneficios proporcionados a un Miembro conforme a este Certificado, el Plan de salud, en la medida de ese pago, se subrogará a todos los derechos de cobro que ese Miembro tenga contra una persona u organización, y tendrá derecho a recibir de tal cobro una cantidad hasta el importe real que el Plan de salud pague. Si no se pudiera determinar el importe real, se considerarán los Cargos habituales y acostumbrados que correspondan a los servicios provistos por el Plan de salud. El Miembro firmará y entregará los instrumentos y los documentos que se puedan requerir, y hará todo lo necesario para garantizar tales derechos al Plan de salud.

El Plan de salud aplicará un gravamen sobre todos los fondos que el Miembro reciba hasta el importe real pagado por el Plan de salud. Si no se pudiera determinar el importe real, se considerarán los Cargos habituales y acostumbrados que correspondan a los servicios y suministros proporcionados al Miembro. El Plan de salud podrá notificar sobre ese gravamen a cualquiera de las partes que pueda haber contribuido a la pérdida.

Si el Plan de salud así lo decide, se puede subrogar a los derechos del Miembro en la medida de los beneficios que se reciban en conformidad con este Certificado. Esto incluye el derecho del Plan de salud a iniciar un juicio contra el tercero en nombre del Miembro.

Todo derecho de subrogación o reembolso que se otorgue al Plan de salud en virtud de esta política no se aplicará o quedará limitado en la medida en que las leyes o los tribunales de Illinois eliminen o restrinjan esos derechos.

El Miembro debe tomar esas medidas, suministrar esa información y ayuda, y firmar los instrumentos que el Plan de salud pudiera requerir para facilitar el ejercicio de sus derechos conforme a esta disposición. El Miembro no tomará ninguna medida que perjudique los derechos y los intereses del Plan de salud conforme a esta disposición.

SECCIÓN IX. PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA UTILIZACIÓN

La finalidad del Programa de administración de la utilización es garantizar el nivel, la cantidad y la calidad de atención más adecuados y de la manera más rentable.

A. Alcance del programa

El programa de administración de la utilización se aplica a todos los servicios cubiertos. Se necesita la derivación del PCP o del WHCP del Miembro y la autorización del plan de salud para todas las derivaciones a otros proveedores de atención médica, incluidos los proveedores participantes y las visitas de seguimiento. Los servicios cubiertos sujetos a este programa de administración de la utilización incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Todas las hospitalizaciones y las extensiones de las hospitalizaciones, ya sean en un Hospital, un Centro de enfermería especializada, un Centro de servicios de salud mental o un centro de desintoxicación por alcoholismo y drogadicción
2. Atención médica en el hogar
3. Servicios de rehabilitación a corto plazo, ya sean para pacientes internados o ambulatorios
4. Servicios de salud mental y atención psiquiátrica
5. Prótesis
6. Servicios quirúrgicos, ya sean para pacientes internados o ambulatorios
7. Todas las derivaciones a Médicos especialistas
8. Equipo médico duradero
9. Servicios relacionados con el alcoholismo y la drogadicción
10. Servicios de todos los Proveedores no participantes, excepto en caso de una Emergencia
11. Servicios del programa de exenciones HCBS

B. El programa

En virtud del Programa de administración de la utilización, el Plan de salud revisará la determinación del PCP o WHCP en cuanto a que los servicios sean Necesarios desde el punto de vista médico. Los factores que se tendrán en cuenta incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Si el nivel y/o el lugar de atención recomendados son Necesarios desde el punto de vista médico
2. Si el nivel y/o el lugar de atención recomendados son adecuados desde el punto de vista médico y eficientes a la luz de las alternativas disponibles
3. Si la duración del tratamiento es Necesaria y/o adecuada desde el punto de vista médico

El Plan de salud utilizará, conjuntamente con el PCP o el WHCP, una serie de pasos para tomar estas determinaciones, que incluyen, entre otros, los siguientes: revisión previa a la admisión, revisión de la admisión, revisión de la hospitalización continua y administración de casos.

C. Uso de pruebas genéticas

El Plan de salud no buscará información de pruebas genéticas para utilizarla en relación con este Contrato a los fines de divulgar información de pruebas genéticas a nadie que no participe en la atención clínica del paciente.

SECCIÓN X. DISPOSICIONES GENERALES

A. Integridad del Certificado

Este Certificado y los Anexos que incluye, así como las solicitudes y los cuestionarios personales del Miembro, si hubiera, constituyen el acuerdo íntegro entre las partes a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, y reemplazan todos los demás acuerdos entre las partes. Ninguna parte del documento constitutivo del Plan de salud, sus estatutos u otro documento de este serán considerados parte de este Certificado, a menos que se incluyan en su totalidad o se adjunten al presente.

B. Forma o contenido del Certificado

Ningún agente o empleado del Plan de salud está autorizado a cambiar la forma o el contenido del presente Certificado. Esos cambios solo se pueden realizar mediante una refrendación firmada por un funcionario autorizado del Plan de salud.

C. Tarjeta de identificación

Las tarjetas que el Plan de salud emita a los Miembros conforme a este Certificado son solo para fines identificatorios. La posesión de una tarjeta de identificación del Plan de salud no confiere ningún derecho a recibir servicios u otros beneficios conforme a este Certificado. Para recibir beneficios conforme a este Certificado, el titular de la tarjeta de identificación debe, de hecho, ser una Persona elegible. Cualquier otra persona que reciba servicios u otros beneficios en conformidad con este Certificado y cualquier Miembro que brinde ayuda a esa persona serán responsables del costo real de tales servicios o beneficios, o, si los costos reales no pudieran determinarse, de los Cargos habituales y acostumbrados de tales servicios o beneficios. Además, la cobertura del Miembro puede ser cancelada de acuerdo con la Sección III, punto A(1), y puede incurrir en una infracción penal de la ley de Illinois.

D. Autorización para examinar las historias clínicas

Al aceptar los beneficios de conformidad con el Certificado, el Miembro da su consentimiento y autoriza a todos los proveedores de atención médica, incluidos, entre otros, Médicos, Hospitales, Centros de enfermería especializada y Proveedores participantes, a que permitan examinar y copiar cualquier parte de los registros hospitalarios y las historias clínicas del Miembro cuando el Plan de salud lo solicite, de acuerdo con los consentimientos obtenidos en la Sección VIII, punto D anterior. La información de las historias clínicas de los Miembros y aquella recibida de los proveedores como consecuencia de la relación proveedor/paciente será confidencial y, a excepción de los usos razonablemente necesarios en relación con los requisitos del gobierno establecidos por la ley, no podrá divulgarse sin el consentimiento del Miembro.

E. Notificación de reclamación

Si se requiere la presentación de una reclamación para recibir beneficios conforme a este Certificado, esa reclamación solo se permitirá si se presenta la notificación correspondiente al Plan de salud dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha en la que se produjo el gasto por primera vez. Sin embargo, si no fuera razonablemente posible proporcionar una notificación dentro del límite de tiempo mencionado anteriormente, y esta se presentase tan pronto como fuera razonablemente posible, la fecha de presentación se prorrogará en consecuencia. No obstante, en ningún caso se autorizarán los beneficios si la notificación de reclamación se presenta doce (12) meses después de la fecha en que se produjo el gasto o, en el caso de una hospitalización de Emergencia, noventa (90) días después de la fecha en la que el Miembro haya recuperado su capacidad física o mental para presentarla, lo que ocurra más tarde. El Miembro puede presentar una reclamación ante el Plan de salud enviando las facturas de los proveedores por los servicios de atención médica recibidos, junto con una descripción de las circunstancias relativas a la provisión de los servicios de atención médica y un comprobante de pago, en caso de que esté solicitando un reembolso.

F. Notificación

Toda notificación en virtud de este Certificado se puede enviar por Correo certificado, con Acuse de recibo, o por Federal Express o un servicio similar de entrega al día siguiente, incluidos los servicios de mensajería, a esta dirección:

Meridian Health Plan of Illinois, Inc.
300 South Riverside Plaza, Suite 500
Chicago, IL 60606

O bien, si el Miembro es el destinatario, a la última dirección que se informó al Plan de salud.

G. Interpretación del Certificado

Se aplicarán las leyes del estado de Illinois a las interpretaciones de este Certificado.

H. Cesión

El Miembro no puede ceder este Certificado. Los beneficios de un Miembro en conformidad con este Certificado no pueden ser objeto de cesión.

I. Género

Se considerará que el uso de cualquier género en el presente documento incluye al otro género y, cuando sea apropiado, se considerará que el uso del singular incluye al plural y viceversa.

J. Errores administrativos

Los errores administrativos del Plan de salud con respecto al mantenimiento de los registros que tengan relación con la cobertura en virtud del presente documento no invalidarán la cobertura que de otro modo esté legítimamente vigente, ni tampoco prolongarán una cobertura que de otro modo se haya cancelado con legitimidad.

K. Políticas y procedimientos

El Plan de salud puede adoptar políticas, procedimientos, reglas e interpretaciones razonables para promover la administración metódica y eficiente de este Certificado.

L. Enmiendas

Este Certificado estará sujeto a enmiendas o modificaciones con la notificación por escrito al Miembro en el momento en que el Plan de salud realice tales enmiendas o modificaciones. Al optar por la cobertura médica y hospitalaria conforme al Plan de salud o al aceptar los beneficios del Plan de salud, todos los Miembros legalmente capaces de celebrar el contrato aceptan todos los términos, condiciones y disposiciones del presente documento.

SECCIÓN XI. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES

El Plan de salud no estará obligado a cubrir los siguientes servicios:

1. Artículos o servicios para la comodidad personal
2. Servicios de cuidado personal no especializado, excepto que sean provistos a través de los Servicios del programa de exenciones HCBS
3. Cirugías estéticas, a excepción de las cirugías reparadoras para lesiones accidentales, para la mejora de una parte del cuerpo con alguna disfunción, para la corrección de deformidades congénitas que se manifiestan en la infancia o para la reconstrucción después de una mastectomía
4. Tratamientos cubiertos por la Indemnización laboral
5. Tratamientos cubiertos por programas del gobierno federal o estatal en los que el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois no tenga obligación de pagar por esos servicios conforme al Programa de Asistencia Médica del estado
6. Servicios médicos que se presten, incluidos aquellos relacionados con el embarazo, después de la fecha de cancelación de la cobertura del Miembro

7. Procedimientos terapéuticos y/o de diagnóstico, y servicios relacionados con la infertilidad/esterilidad Tratamiento para la infertilidad, servicios de bancos de semen, procedimientos de inseminación artificial, incluidas las pruebas, los procedimientos de diagnóstico y los medicamentos para el tratamiento de la infertilidad Transferencia intratubárica de gametos, transferencia de embriones, congelamiento de embriones y costo del semen de donante
8. Servicios de intervención temprana, incluida la administración de casos, que se prestan en conformidad con la Ley sobre el Sistema de Servicios de Intervención Temprana
9. Servicios financiados por medio del Fondo Complementario de Medicaid para Servicios de Rehabilitación Juvenil (Juvenile Rehabilitation Services Medicaid Matching Fund)
10. Entrenamiento y modificación del comportamiento, incluidas la retroalimentación biológica, la reeducación neuromuscular, la terapia de hipnosis, la terapia del sueño, la rehabilitación vocacional, la integración sensorial, la terapia a través del juego, la terapia educacional y la terapia recreativa
11. Suplementos alimentarios que no sean Necesarios desde el punto de vista médico
12. Ejercicio, membresías en gimnasios, autoayuda, equipos de higiene y embellecimiento
13. Cambio de género (sexo), cirugía de reasignación de sexo o cualquier procedimiento o tratamiento diseñado para cambiar las características físicas del Miembro a las del sexo opuesto, así como cualquier otro tratamiento o estudio relacionado con el cambio de sexo
14. Medicamentos para mejorar el desempeño atlético
15. Atención relacionada con el servicio militar, atención para las discapacidades y afecciones relacionadas con el servicio militar a las que el Miembro tenga derecho legal y en los centros en el Área de servicio
16. Artículos de uso personal o para la comodidad personal, tales como, entre otros, radio, televisión, teléfono, comidas para huéspedes, cosméticos, suplementos alimentarios que no sean Necesarios desde el punto de vista médico y accesorios para la salud o la belleza, alojamiento personal, comidas, gastos de viaje y todos los demás gastos que no sean de naturaleza médica
17. Medicamentos recetados de reemplazo que se relacionen con fraude por parte del Miembro
18. Reversión de la infertilidad voluntaria inducida quirúrgicamente
19. Servicios de traslado que no sean de emergencia ni Necesarios desde el punto de vista médico
20. Las complicaciones como consecuencia de un servicio no cubierto se determinarán caso por caso
21. Tratamientos necesarios como consecuencia de una guerra o un acto de guerra que tenga lugar después de la Fecha de entrada en vigencia individual, en caso de una catástrofe grave o una epidemia

Los beneficios en conformidad con este Certificado tienen como fin ser iguales a aquellos cubiertos por el Programa de Asistencia Médica, a menos que expresamente se establezca lo contrario en consonancia con el contrato. Las exclusiones y los beneficios son coherentes con el esquema tarifario que el Programa de Asistencia Médica establece para el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica del estado de Illinois. Además, las exclusiones que se enumeran más arriba no son exhaustivas, y serán complementadas y revisadas automáticamente para que se ajusten a los servicios cubiertos o excluidos por el Programa de Asistencia Médica y el Contrato, y sus enmiendas.

Anexo A

Servicios y beneficios cubiertos, limitaciones y exclusiones

SECCIÓN I. SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS

Los beneficios en conformidad con este Certificado tienen como fin ser iguales a aquellos cubiertos por el Programa de Asistencia Médica, a menos que expresamente se establezca lo contrario en consonancia con el Contrato.

Para que un servicio se considere un servicio cubierto debe ser Necesario desde el punto de vista médico y estar autorizado por el Plan de salud, si se necesita autorización.

A. Servicios de médicos

1. **Servicios de los proveedores participantes.** Servicios de médicos Necesarios desde el punto de vista médico que se reciben en el consultorio del PCP o WHCP del Miembro, o en el consultorio de un Especialista participante.
2. **Servicios quirúrgicos.** Servicios quirúrgicos Necesarios desde el punto de vista médico que se reciben en un Hospital participante, un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios de un Hospital participante, un centro quirúrgico ambulatorio o en el consultorio de un Proveedor participante (cuando sea adecuado desde el punto de vista médico), incluidos los ayudantes de cirugía y los servicios de anestesia que sean Necesarios desde el punto de vista médico, y que se brinden en relación con los servicios quirúrgicos. La cirugía reconstructiva como consecuencia de una mastectomía tiene cobertura, siempre que la mastectomía se haya realizado después del 1.º de julio de 1981. Para los fines de este Contrato, el término "mastectomía" significa la extirpación de la totalidad o de parte de la mama por motivos Necesarios desde el punto de vista médico, según lo determine un Proveedor participante. Extirpación de los implantes mamarios cuando sea un tratamiento necesario desde el punto de vista médico para una enfermedad o una lesión, y los implantes no se hayan colocado exclusivamente por razones estéticas.
3. **Servicios profesionales en el hospital.** Servicios Necesarios desde el punto de vista médico que brinda un Proveedor participante para visitas, exámenes y consultas cuando ese Miembro es un paciente que recibe Servicios como paciente internado cubiertos en un Hospital participante o un Centro de enfermería especializada participante.
4. **Servicios en el hogar.** Servicios Necesarios desde el punto de vista médico que un Proveedor participante proporciona en el domicilio del Miembro, si el Proveedor participante determina que el Miembro está demasiado enfermo o discapacitado como para recibir atención durante el horario habitual en el consultorio del Proveedor.

B. Servicios hospitalarios para pacientes internados

1. Hospitalizaciones en una habitación compartida, comidas y atención general de enfermería; habitación privada cuando sea Necesario desde el punto de vista médico, la ordene un Proveedor participante y el Plan de salud la apruebe
2. Dietas especiales y servicios de un nutricionista cuando sean Necesarios desde el punto de vista médico
3. Uso del quirófano y las instalaciones afines, así como las salas de tratamiento especializado
4. Unidad y servicios de cuidados intensivos
5. Servicios de anestesia y oxígeno
6. Suministros quirúrgicos y de anestesia proporcionados por el hospital como un servicio habitual
7. Dispositivos y suministros de implante quirúrgico usados por un Miembro mientras está internado
8. Servicios hospitalarios auxiliares, es decir, laboratorio, patología, radiología, radioterapia, terapia de inhalación y terapia respiratoria, sean o no provistos por un Médico participante o un Proveedor participante
9. Fármacos, medicamentos y productos biológicos cuando sean recetados para su uso como paciente internado
10. Servicios de transfusión de sangre, incluida la administración de sangre completa, hemoderivados (componentes y derivados de la sangre) y plasma sanguíneo Extracción y almacenamiento de sangre autóloga, si es Necesario desde el punto de vista médico, para una admisión hospitalaria planificada específica
11. Servicios de diagnóstico y terapéuticos
12. Servicios coordinados para la planificación del alta, incluida la planificación de la atención continua que sea Necesaria desde el punto de vista médico
13. Procedimientos de trasplante de órganos con un Proveedor de trasplantes certificado por el HFS. La Oficina para la Evaluación Tecnológica de la Atención Médica (Office of Health Care Technology Assessment), que forma parte de la Agencia de Política e Investigación de Atención Médica (Agency for Health Care Policy and Research), perteneciente al Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos (Federal Department of Health and Human Services), será consultada para responder una solicitud de determinación dentro de los noventa (90) días, ya sea que se trate de un procedimiento experimental o en fase de investigación, o que los datos o la experiencia no sean suficientes para determinar si un procedimiento de trasplante de órganos es aceptable desde el punto de vista clínico.
14. Atención posparto para pacientes internados durante un mínimo de cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal para la madre y el recién nacido, o durante un mínimo de noventa y seis (96) horas después de un parto por cesárea para la madre y el recién nacido; se hace la salvedad de que la duración de la estadía como paciente internado puede ser más corta si el Proveedor participante del Miembro determina que, de acuerdo con los protocolos y las pautas del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos o la Academia Estadounidense de Pediatría, la madre y el recién nacido cumplen con las pautas correspondientes para una hospitalización más corta en función de la evaluación de ambos. En caso de que la hospitalización sea más corta, se cubrirá una visita al consultorio del Médico o una visita de un enfermero al hogar dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas posteriores al alta.
15. Cobertura como paciente internada para la atención posterior a una mastectomía por un período que el Proveedor participante del Miembro determine que es Necesario desde el punto de vista médico y de acuerdo con los protocolos y las pautas que se basan en pruebas científicas establecidas y en la evaluación del Miembro. Si fuera Necesario desde el punto de vista médico, también se cubrirá

una visita al consultorio del Médico o una visita de un enfermero al hogar, a fin de verificar el estado del Miembro en el término de las primeras cuarenta y ocho (48) horas posteriores al alta.

C. Servicios de pruebas de diagnóstico y de laboratorio

Los servicios de diagnóstico, incluidos los servicios de diagnóstico de laboratorio, los servicios radiológicos de imágenes, de diagnóstico y terapéuticos.

D. Terapia de rehabilitación a corto plazo

Para cada afección aguda o serie de afecciones agudas interrelacionadas (varios problemas y/o sitios en la misma región del cuerpo) que se asocian con el mismo evento causal agudo, excluidas las afecciones para las que se hayan proporcionado servicios de rehabilitación con anterioridad, se proveerán servicios de Terapia de rehabilitación a corto plazo (según se define en la Sección I, punto CC) Necesarios desde el punto de vista médico limitados a terapia de rehabilitación del habla, rehabilitación física y ocupacional para afecciones agudas, con el objetivo de mejorar el funcionamiento físico del Miembro, cuando estos sean ordenados por el PCP del Miembro y autorizados por el Director médico del Plan de salud con antelación y en tiempo y forma. Se incluye la cobertura de rehabilitación cardíaca y pulmonar. Para los Miembros mayores de 21 años, la Cobertura se limita a veinte (20) visitas por categoría de terapia por año hasta el 1 de octubre de 2014.

E. Servicios de atención médica en el hogar

Servicios de atención médica intermitentes y a medio tiempo que se brindan en el hogar y son Necesarios desde el punto de vista médico, provistos por un Proveedor participante cuando el Miembro esté confinado en su casa por razones médicas, en las situaciones y en la medida indicadas por un Proveedor participante de acuerdo con un plan de tratamiento médico en el hogar, y autorizados por el Plan de salud. Esos servicios de atención médica en el hogar incluyen:

- 1. Servicios de enfermería especializada provistos por un enfermero registrado o por un auxiliar de enfermería con licencia*
- 2. Servicios de asistencia médica en el hogar bajo la supervisión de un enfermero registrado, excluidos los servicios de comida, cuidado de niños, cuidado diurno en el hogar y tareas domésticas*
- 3. Fisioterapia, terapia ocupacional o del habla, sujeto a las limitaciones de la Sección II, punto D, Rehabilitación a corto plazo, Anexo A*
- 4. Servicios de laboratorio indicados y administrados por un Proveedor participante, en la medida en que habrían sido Servicios cubiertos si el Miembro hubiera permanecido en el Hospital o Centro de enfermería especializada*

F. Centros de enfermería especializada y atención intermedia

Están cubiertos los servicios de enfermería especializada para enfermedades no agudas o de atención inmediata, que sean Necesarios desde el punto de vista médico, prestados en un centro de enfermería especializada o un centro de atención inmediata (o atención equivalente provista en el hogar por no haber un centro de enfermería especializada disponible) por un Proveedor participante. La cobertura de servicios de cuidado personal no especializado está disponible solamente para los Miembros que se consideran elegibles por parte del estado, según se evidencia por la presencia del Miembro en el Archivo de crédito de paciente distribuido por el HFS.

G. Cuidados paliativos

Los servicios de cuidados paliativos prestados como parte de un programa de cuidados paliativos establecido están cubiertos cuando la afección del Miembro sea terminal y los cuidados paliativos sean adecuados. Se brinda cobertura para lo siguiente:

1. Cuidados paliativos para pacientes internados: atención a corto plazo para pacientes internados en un centro de cuidados paliativos con licencia cuando se necesiten servicios de enfermería especializada y no puedan proveerse en otro entorno.
2. Cuidados paliativos para pacientes ambulatorios: están cubiertos cuando se necesiten servicios de enfermería especializada intermitente de un enfermero registrado o enfermero practicante con licencia, o cuando se necesiten servicios médicos sociales bajo la dirección de un Médico. Los cuidados paliativos para pacientes ambulatorios son los que se brindan en un entorno que no sea un centro de cuidados paliativos con licencia. Los cuidados paliativos que se brindan en un Hospital o centro de enfermería especializada se consideran cuidados paliativos para pacientes ambulatorios.
3. Cuidados de relevo: Los cuidados de relevo brindados en un centro son un Beneficio cubierto según se describe en las políticas médicas del Plan.

H. Servicios de salud preventiva

1. **Evaluaciones médicas periódicas.** Evaluaciones médicas desde el momento del nacimiento a cargo del Proveedor de atención primaria del Miembro, que incluyen:
 - a. Exámenes físicos periódicos
 - b. Estudios de diagnóstico de la audición y la visión, tal como se establece en el Anexo A, Sección II, punto G(5) a continuación
 - c. Pruebas de detección y análisis de laboratorio de rutina, tal como se establece en la Sección C de este Anexo A
 - d. Medición de la presión arterial
 - e. Exámenes pélvicos, tal como se establece en el Anexo A, Sección II, punto G(2) a continuación
 - f. Mamografías, tal como se establece en el Anexo A, Sección II, punto G(4) a continuación
 - g. Servicios de EPSDT (exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos para niños), tal como se establece en el Anexo A, Sección II, punto G(9) a continuación
2. **Pruebas periódicas de Papanicolaou, exámenes de mamas y pelvis.** Los Miembros de sexo femenino se pueden someter a una prueba anual de Papanicolaou y un examen de mamas y pelvis, incluido un estudio citológico cervicouterino. El PCP o WHCP pueden realizar este examen, a pedido del Miembro, y no se necesita una derivación del Plan de salud.
3. **Vacunas.** Los Miembros adultos pueden recibir vacunas según lo recomendado por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y de acuerdo con lo indicado por el PCP del Miembro. Los niños que sean Miembros pueden vacunarse de acuerdo con las recomendaciones de la Academia Estadounidense de Pediatría y según lo indicado por su Proveedor de atención primaria. No se

cubren las vacunas que son ante todo para la conveniencia personal del Miembro, incluidas, entre otras, las vacunas por motivos de viajes, las vacunas para estudiantes (Miembros adultos), para empleos (Miembros adultos) y para fines recreativos.

4. **Mamografía.** Los Miembros de sexo femenino se pueden realizar una mamografía con fines de control o de diagnóstico con la derivación de su PCP o WHCP, tal como se establece en el presente documento. La cobertura de mamografías con baja dosis de radiación para los Miembros de sexo femenino mayores de 35 años para la detección de cáncer de mama es la siguiente:
 - a. Una mamografía de referencia para las mujeres de entre 35 y 39 años
 - b. Una mamografía anual para las mujeres mayores de 40 años
 - c. Según indicación para las mujeres con antecedentes personales o familiares

A los fines de esta Sección únicamente, el término "mamografía con dosis bajas de radiación" hace referencia al examen radiológico de las mamas con equipos dedicados específicamente a mamografías, incluido el tubo de rayos X, el filtro, el dispositivo de compresión y el receptor de imágenes, con una exposición a la radiación de menos de un (1) rad por mama para obtener dos (2) vistas de una mama de tamaño promedio.

5. **Estudios de diagnóstico de la audición.** Estudios de diagnóstico de la visión y la audición para Miembros, a fin de determinar la necesidad de corregir problemas visuales y auditivos, según lo determine su PCP.
6. **Enfermedades de transmisión sexual.** Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual por intermedio del PCP del Miembro.
7. **Servicios de educación para la salud.** Los Miembros pueden recibir servicios y/o materiales de educación para la salud de parte del Plan de salud o de su PCP, que incluyen lo siguiente:
 - a. Información sobre el comportamiento en cuanto a la salud y la atención médica personal, así como instrucciones para lograr y mantener la salud física y mental, y para prevenir enfermedades y lesiones
 - b. Información y recomendaciones respecto del uso óptimo de los servicios de atención médica provistos por el Plan de salud o por organizaciones de atención médica afiliadas al Plan de salud
 - c. Información respecto de agencias de servicios (los servicios provistos por esas agencias no son Servicios cubiertos), incluidas agencias de adopción, servicios médicos sociales, servicios auxiliares para el tratamiento por alcoholismo y drogadicción
 - d. Asesoramiento básico sobre infertilidad, que consiste en la revisión del historial médico/sexual y educación de concienciación sobre la fertilidad, pero no procedimientos o medicamentos para la infertilidad
8. **Circuncisiones** realizadas dentro de las primeras seis semanas posteriores al nacimiento y aquellas realizadas posteriormente si son Necesarias desde el punto de vista médico.
9. **Servicios de EPSDT.** Los Miembros menores de 21 años son elegibles para recibir servicios de EPSDT, que incluyen exámenes de detección y vacunas en conformidad con el Programa de Asistencia Médica. Los Miembros menores pueden recibir Servicios cubiertos para el tratamiento de una afección cubierta detectada por los servicios de EPSDT, de acuerdo con los Protocolos de administración de la utilización y control de calidad (UM/QA) del Plan de salud. Los estudios psicológicos realizados por un Proveedor participante a un Miembro menor son un Servicio cubierto cuando son ordenados por el PCP del Miembro y autorizados por el Plan de salud, en conformidad con sus Protocolos de UM/QA. Los servicios de EPSDT excluyen la enfermería por turnos para Miembros en el programa de exenciones HCBS en el caso de individuos que sean frágiles desde el punto de vista médico y dependientes de tecnología.
10. **Análisis del antígeno prostático específico.** A menos que el Departamento o la División de Seguros de Illinois dispongan lo contrario, o que introduzcan una modificación o una revisión, los Miembros de sexo masculino mayores de cincuenta (50) años, los afroamericanos mayores de cuarenta (40) años y aquellos con antecedentes familiares de cáncer de próstata mayores de cuarenta (40) años se pueden someter a tactos rectales anuales y a un análisis del antígeno prostático específico (PSA) por recomendación de su PCP.
11. **Exámenes de detección de cáncer colorrectal.** A menos que el Departamento o la División de Seguros de Illinois dispongan lo contrario, o que introduzcan una modificación o una revisión, los Miembros mayores de cincuenta (50) años o los Miembros mayores de treinta (30) años clasificados como de alto riesgo de desarrollar cáncer colorrectal, por tener ellos o un familiar directo antecedentes de esta enfermedad, son elegibles para realizarse, cada tres (3) años, una prueba de detección de cáncer colorrectal por sigmoidoscopia o un análisis de sangre oculta en materia fecal.
12. **Autocontrol y capacitación para la diabetes.** A menos que el Departamento o la División de Seguros de Illinois dispongan lo contrario, o que introduzcan una modificación o una revisión, los Miembros a quienes se haya diagnosticado diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 o diabetes mellitus gestacional son elegibles para recibir capacitación y educación para el autocontrol de la enfermedad. El término "capacitación para el autocontrol de la diabetes" se refiere a la instrucción en un entorno para pacientes ambulatorios que permite a los pacientes diabéticos entender el proceso de control de la enfermedad y la administración diaria del tratamiento para la diabetes como un medio para evitar la hospitalización y las complicaciones frecuentes. La capacitación para el autocontrol de la diabetes incluirá las áreas de contenido que figuran en las Normas Nacionales para los Programas de Educación para el Autocontrol de la Diabetes (National Standards for Diabetes Self-Management Education Programs), tal como las publica la Asociación Estadounidense contra la Diabetes, incluido el tratamiento médico nutricional.

Se brindará cobertura para los siguientes equipos cuando sean Necesarios desde el punto de vista médico y sean indicados por el PCP del Miembro:

- a. Medidores de glucosa en sangre
- b. Medidores de glucosa en sangre para personas consideradas ciegas conforme a la ley
- c. Cartuchos para personas consideradas ciegas conforme a la ley
- d. Lancetas y dispositivos de punción

Se brindará cobertura para los siguientes productos farmacéuticos y suministros cuando sean Necesarios desde el punto de vista médico y sean indicados por el PCP del Miembro:

- a. Insulina
- b. Jeringas y agujas
- c. Tiras reactivas para los medidores de glucosa
- d. Medicamentos orales aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para controlar el nivel de azúcar en sangre
- e. Equipos de emergencia de glucagón

Se brindará cobertura para los exámenes regulares para el cuidado de los pies provistos por un Proveedor participante.

Si así lo autoriza un Proveedor participante, la capacitación para el autocontrol de la diabetes se puede brindar como parte de una visita al consultorio, en un entorno grupal o una visita a domicilio.

I. Atención del embarazo, por maternidad y para el recién nacido

Atención prenatal, prueba de VIH prenatal, procedimientos de diagnóstico prenatales en casos de embarazos de alto riesgo, salas de trabajo de parto y de parto, parto, procedimientos especiales como cesárea, anestesia, atención pre y posparto, atención posnatal para recién nacidos y servicios para cualquier afección como consecuencia del embarazo o del parto, así como cualquier complicación de estos. La cobertura, los beneficios y los servicios para los recién nacidos incluyen enfermedades, lesiones, defectos congénitos, anomalías congénitas y parto prematuro.

J. Servicios de planificación familiar

Los servicios de planificación familiar y el asesoramiento están cubiertos y disponibles, tal como se describe a continuación, si son indicados por el PCP o WHCP del Miembro y si son autorizados, si corresponde. Estos servicios incluyen información, examen físico y asesoramiento durante una visita, examen físico anual para los fines de la planificación familiar, pruebas de embarazo, esterilización voluntaria, pruebas de laboratorio y de diagnóstico relacionadas, servicios de instrucción y de asesoramiento médico sobre cuestiones de planificación familiar, incluido el uso de dispositivos y medicamentos anticonceptivos. Se brinda cobertura para medicamentos y dispositivos anticonceptivos, y cobertura de servicios de médicos para la colocación y la extracción de un dispositivo intrauterino (DIU). También se pueden obtener servicios de planificación familiar fuera de la red, sin necesidad de una derivación.

K. Servicios de emergencia

1. **Atención médica y notificación.** Los Proveedores participantes brindan atención médica los siete (7) días de la semana, las veinticuatro (24) horas del día. Si una lesión o una enfermedad requieren Servicios de emergencia, el Miembro debe notificar a su PCP o al Plan de salud en el término de las veinticuatro (24) horas posteriores a una admisión de emergencia o en el término de las veinticuatro horas (24) horas después de que el Miembro esté en condiciones de notificar al Plan de salud. La definición del término "emergencia" se establece en la Sección I, punto J del manual. Cuando corresponda, los Servicios de emergencia incluirán los servicios para pacientes internados que sean necesarios para estabilizar al Miembro. Si ocurre una Emergencia, el Miembro debe acudir de inmediato al departamento de emergencias del hospital más cercano y notificar a su PCP lo antes posible. La atención médica en caso de Emergencia incluye los servicios del departamento de emergencias de un hospital, los servicios para pacientes internados, las visitas de pacientes ambulatorios y las derivaciones por problemas de salud mental que sean de emergencia.
2. **Servicios médicos posteriores a la estabilización.** Los Servicios médicos posteriores a la estabilización, que de otro modo estarían cubiertos si fuesen provistos por un Proveedor participante, tendrán cobertura cuando los proporcione un Proveedor no participante si se cumplen las siguientes condiciones:
 - a. el Proveedor no participante obtuvo la aprobación del Plan de salud para brindar esos servicios; o
 - b. el Proveedor no participante intentó de buena fe comunicarse con el Plan de salud y este no respondió o no denegó esos servicios al cabo de una (1) hora de los intentos del Proveedor no participante de ponerse en contacto con el Plan de salud; o
 - c. los servicios fueron prestados en el término de una (1) hora posterior al contacto del Proveedor no participante con el Plan de salud para pedir autorización; o
 - d. los servicios fueron prestados después de que el Plan de salud y el Proveedor no participante no lograron llegar a un acuerdo acerca de la atención del Miembro, y hasta dicho momento no se pudo contactar a un Proveedor participante, y cualquiera de estas situaciones coincide con el plan de atención del Proveedor no participante o este asume la responsabilidad de la atención del Miembro.
3. **Servicio de ambulancia en caso de emergencia.** En una emergencia, los Miembros pueden recibir servicios de ambulancia Necesarios desde el punto de vista médico para su traslado al departamento de emergencias del hospital más cercano sin que sea necesaria la orden de su PCP ni tampoco la autorización del Plan de salud. Los servicios de ambulancia aérea se cubren hasta el costo de los servicios de ambulancia terrestre para un nivel de atención y una distancia de viaje similares.
4. **Pago.** El pago de los servicios de los Proveedores no participantes estará sujeto a los Cargos habituales y acostumbrados de tales servicios tal como se definen en el presente documento. A excepción de las circunstancias atenuantes, todas las reclamaciones que puedan haber sido pagadas por el Miembro en concepto de Servicios de emergencia o Servicios médicos posteriores a la estabilización, ya sea que los haya prestado un Proveedor o un Hospital, se deben presentar al Plan de salud en el término de un (1) año después de la fecha del servicio, a fin de que dichos gastos sean considerados para un reembolso.
5. **Atención de seguimiento.** Se cubrirá la atención de seguimiento solo cuando (a) sea provista al Miembro por un Proveedor participante, (b) se determine que es Necesaria desde el punto de vista médico y (c) sea ordenada por el PCP del Miembro.

L. Atención de urgencia

Una afección de urgencia es una enfermedad o una lesión que no produce una discapacidad adicional ni la muerte si no se trata de inmediato, pero requiere atención de profesionales para evitar que se origine una amenaza mayor. Solo se debe acudir a los centros de

atención de urgencia si el Proveedor de atención primaria no se encuentra disponible, por ejemplo, fuera del horario de atención normal. Los ejemplos de situaciones de atención de urgencia incluyen, entre otros, los siguientes:

- Dolor de garganta o tos
- Dolor de espalda
- Dolor de cabeza por tensión
- Dolor de oídos
- Síntomas de resfrío o gripe
- Micción frecuente
- Enfermedades menores
- Lesiones menores

Las visitas a un centro de atención de urgencia son un Beneficio cubierto. Para problemas que no son emergencias, los Miembros deben comunicarse con su PCP.

M. Servicios de ambulancia o traslado médico que no son de emergencia

En conformidad con la política de traslados del Plan de salud, los servicios de ambulancia o traslado médico para los Miembros que sean Necesarios desde el punto de vista médico, desde el consultorio de un Proveedor participante o un Proveedor no participante y entre centros médicos, cuando sean Necesarios desde el punto de vista médico y hayan sido indicados por un Proveedor participante y autorizados por el Plan de salud. Los beneficios de traslado incluyen traslado a las citas médicas, a la farmacia y a los proveedores de equipos médicos, y al programa de asistencia nutricional para mujeres, bebés y niños (WIC).

N. Pruebas de alergia

Pruebas de alergia cuando sean Necesarias desde el punto de vista médico, indicadas por un proveedor participante y autorizadas por el Plan de salud.

O. Servicios dentales

Los servicios dentales están Cubiertos en las siguientes situaciones: (1) son necesarios para aliviar el dolor o una infección, conservar los dientes o restaurar la función dental adecuada; (2) servicios diagnósticos, preventivos o de restauración, endodoncia, prostodoncia, ortodoncia o cirugía oral incluidos en la Tabla D del cronograma de procedimientos dentales del HFS; y (3) son prestados por el dentista o bajo la supervisión directa del dentista, o para un examen de salud oral y servicios de barniz de fluoruro, realizados por un enfermero especialista (APN), médico o dentista certificado afiliado o bajo su supervisión directa.

Los servicios de ortodoncia están Cubiertos solamente para los pacientes menores de 21 años y se limitan a lo siguiente: (1) tratamiento necesario para corregir una afección con un puntaje de 28 puntos o más en el Índice de desviaciones labio-linguales invalidantes (HLD); o (2) tratamiento necesario para corregir una fisura palatina, mordida profunda con signos de daño en el tejido (no solo por contacto con el paladar), mordida cruzada anterior con recesión gingival o desviación traumática grave (es decir, accidentes, tumores, etc.).

P. Dispositivos ortopédicos y prótesis

Las prótesis y órtesis Necesarias desde el punto de vista médico son un beneficio cubierto, a excepción de los dispositivos para tratamiento experimental y de investigación, y los dispositivos no provistos en relación con una enfermedad o lesión del Miembro.

Q. Servicios fuera del área

Servicios cubiertos Necesarios desde el punto de vista médico, proporcionados por Proveedores no participantes fuera del Área de servicio del Plan de salud, pero únicamente según se especifica a continuación. Los pagos de esos servicios por parte del Plan de salud se limitan a los cargos que no excedan las tarifas de reembolso del Departamento.

Si un Miembro sufre una lesión o una enfermedad repentina que requiere atención de Emergencia mientras está temporalmente fuera del Área de servicio, debe recibir atención de Emergencia en el centro médico o departamento de emergencias más cercano. Los servicios de Emergencia cubiertos incluyen los servicios de ambulancia Necesarios desde el punto de vista médico y los servicios de Emergencia en un Hospital. Si el Miembro es admitido como paciente internado, debe solicitar al hospital que notifique al Plan de salud lo antes posible, pero no después de transcurridas veinticuatro (24) horas desde la admisión. El tratamiento continuo o de seguimiento provisto por Proveedores no participantes para lesiones accidentales o enfermedades de emergencia se limita a los servicios necesarios desde el punto de vista médico requeridos antes de que el Miembro pueda regresar al Área de servicio, cuando sea adecuado desde el punto de vista médico.

Si el proveedor del servicio le exige al Miembro que pague los servicios fuera del área que sean necesarios desde el punto de vista médico, el Miembro debe, a excepción de las circunstancias atenuantes, presentar ante el Plan de salud todos los recibos correspondientes a los gastos en efectivo dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha del servicio, a fin de que esos gastos sean considerados para su reembolso.

La necesidad de un Miembro de recibir servicios médicos relacionados con el embarazo, incluidos la atención prenatal de rutina o el parto, cuando viaje fuera del Área de servicio durante el tercer trimestre de embarazo en contra del consejo médico no se considerará una emergencia, excepto cuando el Miembro se encuentre fuera del Área de servicio por circunstancias que sean ajenas a su control.

R. Servicios de salud mental

1. **Servicios de salud mental y drogadicción para pacientes internados.** Están cubiertos los servicios por drogadicción y de salud mental para pacientes internados que no sean de emergencia y sean necesarios desde el punto de vista médico cuando estén autorizados con antelación por el Plan de salud. El Plan de salud exige que los proveedores participantes completen una evaluación de salud del comportamiento.
2. **Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.** Están Cubiertos sin autorización previa los Servicios de salud mental individual para pacientes ambulatorios que no sean de emergencia y sean necesarios desde el punto de vista médico para la

evaluación, el tratamiento a corto plazo o la intervención en casos de crisis. El Plan de salud exige que los proveedores participantes completen una evaluación de salud del comportamiento.

Además, los Servicios de emergencia necesarios desde el punto de vista médico no requieren la autorización anticipada del Plan de salud.

S. Desintoxicación y tratamiento para el alcoholismo y la drogadicción

1. **Atención para pacientes internados.** El tratamiento médico para los pacientes internados por desintoxicación o complicaciones médicas de la drogadicción y el alcoholismo es un beneficio cubierto cuando el PCP del Miembro determine que es necesario desde el punto de vista médico y el Plan de salud lo apruebe con antelación. Además, los servicios de rehabilitación para pacientes internados por alcoholismo o drogadicción se limitan, en el caso de los adultos, a treinta (30) días por año calendario. No hay límites para los servicios de rehabilitación para pacientes internados por alcoholismo o drogadicción para los Miembros menores de veintiún (21) años, los Miembros menores de veintiún (21) años como un beneficio de EPSDT o las embarazadas que sean Miembros del plan. Los servicios hospitalarios para pacientes internados se pueden reemplazar por la modalidad de atención en un hospital de tratamiento diurno, un centro residencial no hospitalario o una unidad de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios, sobre una base de dos por uno, según lo considere adecuado el PCP del Miembro. Por lo tanto, la cantidad de días restantes en el año como paciente internado para la cual el Miembro es elegible se reducirá en medio día por cada día que el Miembro esté inscrito en un hospital de tratamiento diurno, un centro residencial no hospitalario o una unidad de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios, si el PCP del Miembro determina que es adecuado. Los servicios de desintoxicación para pacientes internados solo están cubiertos si el Miembro no ha sido admitido anteriormente para recibir servicios de desintoxicación para pacientes internados durante los sesenta (60) días previos a la admisión.
2. **Tratamiento para pacientes ambulatorios.** El tratamiento médico por desintoxicación o complicaciones médicas de la drogadicción y del alcoholismo para pacientes ambulatorios es un beneficio cubierto cuando el PCP del Miembro determine que es necesario desde el punto de vista médico y el Plan de salud lo apruebe con antelación. Además, el asesoramiento Necesario desde el punto de vista médico para pacientes ambulatorios por alcoholismo y drogadicción, si es adecuado para fines de evaluación, intervención en casos de crisis y tratamiento a corto plazo, es un beneficio cubierto y se limita a veinticinco (25) horas por año calendario. Las visitas de atención grupal para pacientes ambulatorios se pueden reemplazar sobre una base de dos por uno por visitas de atención individual para pacientes ambulatorios, según lo considere adecuado el PCP del Miembro. Por lo tanto, la cantidad de visitas de asesoramiento individual restantes en el año para pacientes ambulatorios para la cual el Miembro es elegible se reducirá en media visita por cada visita grupal para pacientes ambulatorios del Miembro, si el Proveedor de atención primaria del Miembro determina que es adecuado. No hay límites para el asesoramiento de los Miembros menores de veintiún (21) años que lo utilicen como un beneficio de EPSDT o las embarazadas que sean Miembros del Plan. Un Proveedor participante debe proporcionar los servicios para pacientes ambulatorios.

T. Agresión o Abuso sexual

Todo examen, tratamiento o prueba de una víctima de Agresión o Abuso sexual, o de una tentativa de Agresión o Abuso sexual, será íntegramente cubierto. Se entiende por Agresión o Abuso sexual a cualquier ofensa tal como se define en la Sección 12-13 y 12-16 del Código Penal de Illinois, y sus enmiendas periódicas.

U. Farmacia

Cuando sean recetados o autorizados por el PCP, los medicamentos recetados selectos, incluidos los medicamentos, dispositivos o suministros para la planificación familiar son un Beneficio cubierto. El medicamento debe ser aprobado por el Plan y debe figurar en el formulario del Plan, o tener autorización previa. Los analgésicos, laxantes, antiácidos y suplementos de hierro selectos de venta libre y los medicamentos, dispositivos o suministros para la planificación familiar son un Beneficio cubierto cuando sean recetados y autorizados por el PCP del Miembro. Además, los suministros médicos Necesarios desde el punto de vista médico, como catéteres, Tes-Tape, Clinitest y suministros similares; bolsas colectoras y suministros para colostomías, ileostomías y ureterostomías; y apósitos y suministros para vendaje, son un Beneficio cubierto cuando son indicados o autorizados por el PCP del Miembro.

Todos los medicamentos recetados se deben surtir en una farmacia participante del Plan. La lista completa de medicamentos cubiertos se encuentra en el formulario de farmacia del Plan, que está disponible cuando lo solicite o en el sitio web del Plan (ilmeridian.com).

V. Equipo médico duradero

Los equipos médicos duraderos y no duraderos tienen cobertura cuando son autorizados por un PCP y aprobados por el Plan de salud. Estos equipos incluyen, entre otros, sillas de rueda estándar, andadores, muletas, equipos de tracción, camas estándar de hospital, oxígeno y el equipo para su administración, además de otros equipos y suministros para la respiración. Además, se incluyen fórmulas elementales a base de aminoácidos, independientemente del método de administración, para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos eosinofílicos y el síndrome del intestino corto, cuando el médico que receta haya dado una orden por escrito donde indique que la fórmula elemental a base de aminoácidos es necesaria desde el punto de vista médico.

W. Servicios para la vista

Los servicios de optometristas y los servicios y suministros para la vista son un beneficio cubierto. Los anteojos para adultos están limitados a un par cada dos (2) años. Para los niños que se encuentren dentro del sistema de las Escuelas Públicas de Chicago (CPS), también se proporcionará cobertura para la fabricación de anteojos por parte de un proveedor contratado por las CPS para el niño de las CPS.

X. Asesoramiento sobre nutrición y control de peso

El asesoramiento y los servicios de nutrición prestados por un nutricionista con licencia y con derivación de un Proveedor participante son un Beneficio cubierto cuando son prestados para ciertas afecciones médicas. Además, la participación en un programa de control de peso guiado, como Weight Watchers®, es un Beneficio cubierto cuando esté autorizada con antelación por el Plan.

Y. Servicios cubiertos enumerados

En la medida en que no se hayan identificado anteriormente, los siguientes servicios enumerados se incluirán como Servicios cubiertos en virtud de este Certificado y se proveerán a los Miembros cuando sean Necesarios desde el punto de vista médico:

- Aborto
- Comunicación asistida/aumentativa
- Servicios de audiología, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Servicios de salud del comportamiento (para pacientes internados y ambulatorios), incluidos los servicios por drogadicción e intoxicación alcohólica subaguda, y servicios de salud mental
- Sangre, hemoderivados y su administración
- Medición de la masa ósea y diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis
- Servicios de cuidados paliativos certificados
- Servicios clínicos (como se describen en el Código Adm. 89 de Illinois, Parte 140.460)
- Diagnóstico y tratamiento de afecciones médicas oculares provistos por un médico
- Suministros y equipos médicos duraderos y no duraderos
- Aparatos de corrección auditiva, cuando estén respaldados por la derivación del PCP y sujetos a autorización previa
- Servicios de emergencia
- Servicios de planificación familiar.
- Servicios de atención médica en el hogar
- Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluida la hospitalización para servicios dentales en caso de traumatismo o cuando esté relacionada con una afección médica, incluida la desintoxicación médica)
- Servicios de laboratorio y radiografía
- Procedimientos médicos realizados por un dentista
- Servicios de enfermera obstétrica
- Servicios del centro de enfermería
- Prótesis y aparatos ortopédicos, incluidas prótesis o cirugía reconstructiva como consecuencia de una mastectomía
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Servicios de médicos, incluida la atención psiquiátrica
- Productos farmacéuticos provistos por una entidad que no sea una farmacia
- EPSDT
- Servicios para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, de acuerdo con la subsección (c) del presente documento
- Servicios de enfermería avanzada
- Equipos y suministros para la respiración
- Servicios quiroprácticos para Miembros menores de 21 años
- Servicios dentales
- Consultas en Centros de salud federalmente calificados (FQHC), Centros de salud rural (RHC) o clínicas de tarifa por visita
- Atención de enfermería para Miembros menores de veintiún (21) años que no estén en el programa de exenciones HCBS para individuos que sean frágiles desde el punto de vista médico y dependientes de tecnología, en conformidad con lo dispuesto en el Código Adm. 89 de Illinois, Sección 140.472
- Atención de enfermería para Miembros menores de veintiún (21) años con el fin de hacer una transición de un hospital al hogar u otro entorno adecuado, en conformidad con lo dispuesto en el Código Adm. 89 de Illinois, Sección 146, Subparte D
- Servicios por drogadicción e intoxicación alcohólica subaguda en conformidad con lo dispuesto en el Código Adm. 89 de Illinois, Secciones 148.340 a 148.390 y el Código Adm. 77 de Illinois, Parte 2090
- Servicios de salud mental provistos bajo la opción clínica de Medicaid o rehabilitación de Medicaid
- Visitas al consultorio para miembros con necesidades especiales
- Servicios de diálisis renal
- Equipo de telemonitoreo para transmitir datos de salud de manera electrónica al Plan si se ha determinado la elegibilidad del Miembro para participar del programa de telemonitoreo
- Traslados para garantizar Servicios cubiertos
- Trasplantes cubiertos conforme al Código Adm. 89 de Illinois, Sección 148.82 (realizados por proveedores de trasplantes certificados por el Departamento, si el procedimiento se realiza en el estado)
- Atención de podiatría
- Acceso a una línea telefónica de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Servicios para prevenir enfermedades y promover la salud, incluidos los siguientes:
 - a. Servicios de EPSDT de acuerdo al Código Adm. 89 de Illinois, 140.485.
 - b. Esquema de medicina preventiva que abordará cuestiones relacionadas con la atención médica preventiva para Miembros mayores de veintiún (21) años
 - c. Atención por maternidad para embarazadas que son Miembros del Plan
 - d. Servicios y suministros de planificación familiar, que incluyen examen físico y asesoramiento durante la visita, examen físico anual para fines de planificación familiar, pruebas de embarazo, esterilización voluntaria, colocación o inyección de medicamentos o dispositivos anticonceptivos, así como pruebas de laboratorio y de diagnóstico relacionadas

- e. Los proveedores del Plan someterán a los Miembros que sean niños de entre seis meses y seis años de edad a exámenes de detección de envenenamiento por plomo. Estos niños deben someterse a las pruebas tal como lo exige el Programa de exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos para niños sanos (Código Adm. 89 de Illinois, Sección 140), tal como se define en el Manual para proveedores de servicios de atención médica. Todo proveedor que diagnostique o todo proveedor de atención médica, enfermero, administrador de hospital o funcionario de salud pública que haya verificado la información de cualquier persona que tenga un nivel de plomo en la sangre, comenzando con un nivel de plomo confirmado de 10 mcg/dl, está obligado a denunciarlo. Los niños cuyos resultados de los exámenes de detección sean elevados se someterán a análisis de seguimiento. Los resultados elevados a nivel capilar de 10 mcg/dl y cifras más altas se confirmarán mediante una muestra de sangre venosa.
- Beneficios para miembros en el programa de exenciones HCBS (se describen en el siguiente cuadro). Los servicios del programa de exenciones HCBS solo están disponibles si la agencia estatal correspondiente que administra el programa de exenciones ha determinado la elegibilidad del miembro. La determinación de elegibilidad no está a cargo del Plan de salud.

Beneficios del programa de exenciones HCBS	
Tipo de exención/LTSS	Beneficios
Servicio de exención por vejez	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de cuidado diurno para adultos • Servicio de traslado al centro de cuidado diurno para adultos • Servicios de ayuda con quehaceres domésticos • Sistema de respuesta ante emergencias personales
Exención para individuos con discapacidades	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de cuidado diurno para adultos • Servicio de traslado al centro de cuidado diurno para adultos • Sistema de respuesta ante emergencias personales • Modificaciones en el hogar • Entrega de comidas a domicilio • Auxiliar médico en el hogar • Servicios de ayuda con quehaceres domésticos • Terapia ocupacional • Asistente personal • Fisioterapia • Servicios de relevo • Enfermería especializada • Enfermería intermitente • Equipo médico especializado y suministros • Terapia del habla
Exención por VIH/sida	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de cuidado diurno para adultos • Servicio de traslado al centro de cuidado diurno para adultos • Sistema de respuesta ante emergencias personales • Modificaciones en el hogar • Servicios de ayuda con quehaceres domésticos • Entrega de comidas a domicilio • Asistente personal • Fisioterapia • Terapia ocupacional • Servicios de relevo • Enfermería especializada • Auxiliar médico en el hogar • Terapia del habla • Equipo médico especializado y suministros • Enfermería intermitente
Exención para individuos con lesión cerebral	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de cuidado diurno para adultos • Servicio de traslado al centro de cuidado diurno para adultos • Servicios de salud del comportamiento • Recuperación diaria • Sistema de respuesta ante emergencias personales • Modificaciones en el hogar • Entrega de comidas a domicilio • Servicios de ayuda con quehaceres domésticos • Terapia ocupacional • Asistente personal

	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios prevocacionales • Servicios de relevo • Enfermería intermitente • Enfermería especializada • Auxiliar médico en el hogar • Equipo médico especializado y suministros • Terapia del habla • Servicios de empleo asistido • Fisioterapia
Exención de centros de asistencia para la vida cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería • Cuidado personal • Asistencia con medicamentos • Lavandería • Trabajo doméstico • Mantenimiento • Programas sociales y recreativos • Controles diarios • Servicios auxiliares • Personal de seguridad/respuesta durante las 24 horas • Promoción de la salud y ejercicio • Sistema de llamadas de emergencia • Plan de aseguramiento de la calidad • Administración de fondos del residente, si corresponde
Exención para niños en estado médico frágil/dependientes de tecnología	<ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones en el hogar • Asesoramiento para mantener la ubicación en el hogar • Servicios de relevo • Capacitación del personal de enfermería • Capacitación de la familia

Los servicios que se hayan pagado o sean pagaderos conforme a cualquier otro plan de salud o seguro médico en virtud del cual el Miembro reciba cobertura es siempre la cobertura principal y, al igual que el Programa de Asistencia Médica, siempre es la cobertura de último recurso.

SECCIÓN II. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

A. Exclusiones

Los beneficios en conformidad con este Certificado tienen como fin ser iguales a aquellos cubiertos por el Programa de Asistencia Médica, a menos que expresamente se establezca lo contrario en consonancia con el Contrato. Las exclusiones y los beneficios son coherentes con el esquema tarifario que el Programa de Asistencia Médica establece para los Servicios Familiares y Atención Médica del estado de Illinois.

Los siguientes servicios y beneficios no se incluirán como servicios cubiertos:

1. Servicios clínicos de salud mental prestados por un proveedor de salud del comportamiento de la comunidad, según se identifica en el Código Adm. 89 de Illinois, Secciones 140.452 y 140.454 y también definido en el Código Adm. 59 de Illinois, Parte 132 "Programa de servicios de salud mental de la comunidad de Medicaid"
2. Servicios que se prestan en un Centro de atención intermedia para personas con retardo mental/discapacidades del desarrollo y servicios que se prestan en un centro de enfermería para Miembros con retardo mental o discapacidades del desarrollo
3. Servicios de intervención temprana, incluida la administración de casos, que se prestan en conformidad con la Ley sobre el Sistema de Servicios de Intervención Temprana (Capítulo 325, Sección 20 y subsiguientes de los ILCS).
4. Servicios que se prestan en entidades educativas locales que están inscritas en el Departamento bajo un plan educativo individual (IEP) aprobado.
5. Servicios financiados por medio del Fondo Complementario de Medicaid para Servicios de Rehabilitación Juvenil (Juvenile Rehabilitation Services Medicaid Matching Fund)
6. Servicios que son de índole experimental y/o investigativa
7. Servicios que presta un Proveedor no afiliado y no autorizado por el Contratista, a menos que este Contrato exija específicamente la cobertura de tales servicios
8. Servicios que se prestan sin obtener primero la autorización previa, tal como se establece en el Manual del Miembro
9. Servicios médicos y/o quirúrgicos que se prestan exclusivamente con fines estéticos
10. Procedimientos terapéuticos y/o de diagnóstico relacionados con la infertilidad/esterilidad

11. Servicios de intervención temprana, incluida la administración de casos, que se prestan en conformidad con la Ley sobre el Sistema de Servicios de Intervención Temprana
12. Servicios prestados en un Centro estatal que opera como hospital psiquiátrico, como resultado de una reclusión forense
13. Servicios que se prestan a través de una Entidad educativa local (LEA)

B. Limitaciones

1. *Limitaciones generales: En caso de que, debido a circunstancias ajenas al control del Plan de salud, que incluyen, entre otras, una catástrofe grave, una epidemia, la destrucción completa o parcial de instalaciones, un motín, la insurrección civil, la discapacidad de una parte importante del personal del Proveedor participante o causas similares, la prestación de servicios profesionales u hospitalarios que conforme a este Certificado se vieran demorados o se tornaran inviables, el Plan de salud intentará de buena fe coordinar un método alternativo para brindar la cobertura. En tal caso, el Plan de salud y los Proveedores participantes prestarán los servicios hospitalarios y profesionales establecidos conforme al Contrato en la medida en que ello resulte viable y de acuerdo con su mejor criterio; sin embargo, si esa demora u omisión fuera causada por un evento, como los mencionados anteriormente, el Plan de salud y los Proveedores participantes no asumirán responsabilidad u obligación alguna por la demora o la omisión en la prestación o la coordinación de los servicios.*
2. *Atención fuera del área: Los beneficios y servicios fuera del área se limitan a situaciones en las que la atención es necesaria de inmediato y de manera imprevista; no se cubre la atención electiva o especializada que se requiera como consecuencia de circunstancias que podrían haberse previsto razonablemente antes de abandonar el Área de servicio. Por ejemplo, la necesidad de recibir servicios médicos relacionados con el embarazo de un Miembro de sexo femenino que viaje fuera del Área de servicio durante el tercer trimestre de embarazo en contra del consejo médico no se considerará una emergencia, excepto cuando el Miembro se encuentre fuera del Área de servicio por circunstancias que sean ajenas a su control. Sin embargo, se cubrirán fuera del Área de servicio las complicaciones imprevistas del embarazo o el parto prematuro que ocurran antes de que el Miembro haya iniciado el tercer trimestre de embarazo.*

El tratamiento continuo o de seguimiento para una situación de emergencia se limita a la atención necesaria antes de que el Miembro pueda regresar al Área de servicio sin sufrir consecuencias perjudiciales o nocivas desde el punto de vista médico. Por lo demás, los beneficios de tratamiento continuo o de seguimiento se proveen exclusivamente en el Área de servicio, sujeto a todas las disposiciones del presente Certificado.

Los siguientes servicios y beneficios también estarán limitados como Servicios cubiertos:

1. Los servicios de esterilización se pueden proveer únicamente de acuerdo con las leyes estatales y federales vigentes (consulte 42 C.F.R., Parte 441, Subparte F). En estos casos, se exige el total cumplimiento de los requisitos de esas leyes, y se debe completar un formulario DPA 2189 y archivarse en la historia clínica del Miembro.
2. Si se realiza una histerectomía, se debe completar un formulario DPA 1977 y archivarse en la historia clínica del Miembro.

Anexo B

Departamento de Servicios al Miembro

El Plan de salud cuenta con un Departamento de Servicios al Miembro que está disponible para responder sus preguntas o inquietudes las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Si tiene alguna pregunta sobre las disposiciones de este Certificado o sobre cómo obtener servicios de conformidad con este Certificado, o si tiene cualquier otra pregunta, comuníquese con Servicios al Miembro al 866-606-3700. Si tiene problemas auditivos, comuníquese con Illinois Relay llamando al 711.

Servicios al Miembro hará lo siguiente:

- *reemplazar tarjetas de identificación;*
- *brindar ayuda para concertar citas;*
- *resolver las quejas de los Miembros;*
- *brindar ayuda con las derivaciones a especialistas;*
- *brindar ayuda con los cambios de PCP y WHCP;*
- *brindar ayuda con la presentación de quejas y apelaciones.*

Aprobado por el estado 05/18/2021