

Illinois manual del *miembro.*

Fecha de vigencia: 1 de julio de 2021

Servicios al miembro: 866-821-2308

TTY/TDD: 711

ILmeridian.com

Bienvenido a MeridianHealth

Programa de servicios y asistencia a largo plazo administrados (MLTSS)

¡Bienvenido a MeridianHealth (Meridian)! El programa de servicios y asistencia a largo plazo administrados (MLTSS) coordina los servicios exclusivos de Medicaid para los miembros que reciben tanto Medicare como Medicaid. Si reúne los requisitos para recibir los servicios de Medicare y Medicaid, y es elegible para participar en el programa de exenciones para servicios a domicilio y extrahospitalarios (HCBS) o el programa de centros de enfermería, puede afiliarse al programa de MLTSS. El programa coordina la atención médica para los servicios en hogares de ancianos, los beneficios del programa de exenciones, la salud del comportamiento y el transporte médico cuando no sea un caso de emergencia.

El objetivo del programa de MLTSS es ayudarlo a hacer lo siguiente:

- Mejorar su bienestar.
- Evitar nuevas hospitalizaciones.
- Regresar a la residencia que elija o seguir viviendo en ella (que puede ser, incluso, su casa y la comunidad) y mejorar su calidad de vida.

Números de teléfono y contactos importantes

Ante una emergencia	911
Servicios para los miembros de Meridian	866-821-2308
TTY para personas con dificultades auditivas	711
Transporte (que no sea de emergencia)	866-796-1165
Servicios de salud del comportamiento	866-796-1167
Agente de afiliación para clientes de Illinois (ICEB)	877-912-8880
Línea de asesoramiento de enfermería (24 horas)	866-821-2308
Sitio web	ilmeridian.com

Área de servicios

Usted es elegible para recibir los servicios de Meridian de conformidad con el programa de MLTSS. Meridian opera en todos los condados de Illinois.

Índice

Servicios al miembro	3
Tarjeta de identificación	3
Inscripción abierta	4
Proveedor de atención primaria (PCP)	6
Cómo cambiar de PCP	7
Servicios cubiertos por Meridian.....	8
Servicios cubiertos para los miembros del programa de MLTSS.....	8
Servicios sin cobertura por el programa de MLTSS de Meridian ni por los servicios familiares y de atención médica (HFS) de Illinois	14
Coordinación de atención	18
Programa de educación para la salud y control de enfermedades.....	20
Directivas anticipadas.....	21
Quejas y apelaciones	23
Derechos y responsabilidades	34
Fraude, abuso y descuido.....	35
Definiciones	38
Descargos de responsabilidad	45

Servicios al miembro

Nuestro departamento de Servicios al miembro se encuentra disponible de lunes a viernes, de 7 a.m. a 5.30 p.m. para brindar información acerca de elegibilidad, beneficios y acceso a profesionales médicos. Cuando llame, tenga a mano el número de identificación de Medicaid de Illinois. Puede llamar sin cargo al **866-821-2308** para obtener información sobre beneficios y elegibilidad, o para que lo pongan en contacto con los profesionales médicos. Para obtener asesoramiento médico, Meridian lo pondrá en contacto con nuestra línea de asesoramiento de enfermería, que ofrece orientación médica y asistencia de un enfermero. Esta línea telefónica NO es para situaciones de emergencia. Para atención médica de emergencias, llame al 911.

Tarjeta de identificación

Tendrá al menos dos tarjetas de identificación: su tarjeta de identificación de MeridianHealth y su tarjeta de Medicaid de Illinois. Debe llevar esta tarjeta con usted en todo momento. Contiene números telefónicos importantes. Necesitará presentarla para obtener nuestros servicios. Su tarjeta de identificación de Meridian se verá de esta manera:

 meridianhealth	300 S. Riverside Plaza Suite 500 Chicago, IL 60606
Member Name:	
Plan Name: HealthChoice Illinois – MLTSS	
Medicaid ID:	
Effective Date:	
Member Services: 866-821-2308 (TTY: 711)	

PCP:	<Name>
Phone:	<Phone>
<hr/>	
Send claims to:	Meridian-Health PO Box 4020 Farmington, MO 63640-4402
<hr/>	
24 Hour Nurse Advice Line: 866-821-2308	
Behavioral Health: 866-796-1167	
Transportation: 866-796-1165	

Notas de identificación importantes

- Lleve ambas tarjetas de identificación cuando consulte con el proveedor.
- No deje que nadie use sus tarjetas.
- Es posible que también deba mostrar una identificación fotográfica, para garantizar que quien utiliza la tarjeta sea la persona correcta.
- Si cambia su nombre, llame al trabajador social para que actualice los registros.
- Llame a Servicios al miembro al **866-821-2308** si aún no tiene su tarjeta de identificación de MeridianHealth.

Inscripción abierta

Puede cambiar de plan de salud durante los primeros 90 días a partir de la inscripción. Este período se llama “Período de inscripción inicial”.

Usted puede cambiar su plan de salud durante un período determinado una vez al año, después del Período de inscripción inicial. Este período se llama “Inscripción abierta”. Los Servicios de inscripción para clientes (CES) de Illinois le enviarán una carta de inscripción abierta unos 60 días antes de la fecha de su aniversario. Su fecha de aniversario es 1 año a partir de la fecha de inicio de su plan de salud. Tendrá 60 días durante la inscripción abierta para cambiar el plan. Para esto, debe llamar a los CES al **877-912-8880**. Una vez transcurridos los 60 días, ya sea que haya cambiado de plan o no, quedará bloqueado durante 12 meses. Llame a los CES al **877-912-8880** si tiene preguntas sobre la inscripción o la cancelación de la inscripción en Meridian.

Cancelación de la inscripción

Puede cambiar su plan de salud una vez durante los primeros 90 días. Transcurrido ese tiempo, no puede cambiar el plan de salud durante 1 año. Una vez por año, puede cambiar el plan de salud durante el período denominado “inscripción abierta”.

Puede cancelar su suscripción al programa de MLTSS en cualquier momento si elige inscribirse en un plan de Iniciativa de alineación de Medicare-Medicaid (MMAI).

Servicios de interpretación y formatos alternativos

Meridian puede ofrecer los servicios de un intérprete para ayudarlo a hablar con nosotros o con su proveedor de atención médica en cualquier idioma. Los servicios de interpretación y los formatos alternativos, incluido TTY (**711**), se brindan a los miembros de Meridian sin cargo. Los formatos alternativos permiten que los miembros con diferentes capacidades de lectura, antecedentes o discapacidades comprendan los materiales de Meridian. Llame si necesita recibir el Manual del miembro u otros materiales en formatos alternativos.

¿Habla español?

Por favor contacte a Meridian al **866-821-2308**

Deficiencias auditivas y visuales

- Ofrecemos servicios de TTY sin cargo a las personas con problemas auditivos.
- El servicio TTY está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana a través del **711**.
- Ofrecemos el Manual del miembro y otros materiales en Braille para las personas con problemas de visión.
- Nuestro sitio web también tiene botones para agrandar la letra y facilitar la lectura. También puede llamar para pedir ayuda.

Transporte

Los miembros de Meridian tienen opciones de transporte de ida y vuelta para visitas relacionadas con servicios cubiertos, farmacias y proveedores de equipo médico duradero (DME). Además puede recibir un reembolso por gastos de combustible de traslados de ida y vuelta para visitas al consultorio. Llame al **866-796-1165** al menos 3 días antes de su cita para conversar sobre sus opciones de transporte.

Cuando llame para solicitar un transporte, tenga a mano:

- Su nombre, número de identificación de Medicaid y fecha de nacimiento
- La dirección y el número de teléfono del lugar donde lo pasarán a buscar
- La dirección y el número de teléfono del lugar a donde se dirige
- La fecha y la hora de su cita
- El nombre de su proveedor

Llame al **866-796-1165** para obtener más información sobre sus opciones de transporte o para cancelar su traslado.

Lejos del hogar

Si se encuentra lejos de su hogar y necesita atención médica, siga estos pasos:

- Si no se trata de una emergencia, llame a su PCP para hablar sobre su enfermedad o inquietud.
- Si se trata de una emergencia, acuda a la sala de emergencias más cercana o llame al 911.

Directorio de proveedores

Puede encontrar el Directorio de proveedores en nuestro sitio web en <https://findaprovider.ilmeridian.com>

El Directorio de proveedores detalla:

- Proveedores
- Horario de atención
- Certificaciones de la junta
- Calificaciones profesionales
- Direcciones
- Accesibilidad al consultorio
- Idiomas hablados

Cualquier certificación de la junta relevante puede encontrarse en nuestro Directorio de proveedores en línea. Cuando necesite visitar a un proveedor, llame al consultorio para programar una cita.

Recuerde: Servicios al miembro puede ayudarlo a programar una cita para los servicios cubiertos.

Tribu aborigen, organización tribal u organización de aborígenes urbanos

Como miembro indoamericano o nativo de Alaska, tiene derecho a recibir servicios de un proveedor de tribus aborígenes, organizaciones tribales u organizaciones de aborígenes urbanos dentro y fuera del estado de Illinois. Si necesita ayuda para cambiar de PCP, comuníquese con Servicios al miembro o con su coordinador de atención al **866-821-2308**.

Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)

Su proveedor de atención primaria (PCP) es su proveedor personal, quien le proporcionará la mayor parte de la atención. El PCP también puede enviarlo a otros proveedores si necesita atención especial. Usted puede elegir su PCP. Puede tener un PCP para toda la familia o elegir un PCP para cada miembro de la familia.

El PCP actuará como su centro de salud, hará un seguimiento de su historia clínica, lo derivará a especialistas según sea necesario, le ofrecerá asesoramiento médico y siempre tendrá en cuenta sus necesidades de salud. El PCP lo ayudará a prevenir enfermedades y cuidar su salud. Puede consultar a su PCP en un consultorio privado o en una clínica, por ejemplo, en un centro de salud con habilitación federal (FQHC) o en un centro de salud rural (RHC).

Puede elegir uno de estos proveedores como su PCP:

- Proveedor general
- Proveedor familiar
- Un enfermero certificado (enfermero con capacitación especial)
- Un médico asistente (supervisado por un proveedor)
- Un internista (proveedor para adultos)
- Un pediatra (proveedor para niños/adolescentes)
- Un ginecólogo/obstetra (proveedor para mujeres)
- Un FQHC o un RHC
- U otros especialistas según la necesidad médica

Los servicios del PCP pueden incluir:

- Exámenes físicos de rutina
- Pruebas de diagnóstico
- Radiografías y análisis de laboratorio
- Inmunizaciones
- Tratamiento y pruebas de alergia
- Servicios de bienestar

Acceso telefónico a su PCP

Puede llamar a su PCP las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame a Meridian al **866-821-2308** si su PCP no le devuelve la llamada.

Cómo cambiar de PCP

Meridian desea que usted esté satisfecho con su PCP. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Para esto, puede visitar el Portal para miembros de Meridian en **member.ilmeridian.com**. También puede comunicarse con Servicios al miembro o con su coordinador de atención al **866-821-2308** para que lo ayuden con el cambio de PCP.

Segunda opinión

Tiene derecho a obtener una segunda opinión sin costo, ya sea de un proveedor de Meridian o de un proveedor externo. Si necesita ayuda para obtener una segunda opinión, llame a Servicios al miembro al **866-821-2308**.

Beneficios

Resumen de sus beneficios

Independientemente del modo en que reciba su seguro médico, es importante que entienda los beneficios cubiertos por su plan. Como miembro de MeridianHealth, NO debe abonar copagos por los servicios cubiertos. Asegúrese de buscar un proveedor de la red de Meridian con el que se sienta cómodo y que satisfaga sus necesidades. Si intenta acudir a un proveedor que no pertenece a la red de MeridianHealth, el proveedor deberá enviar una autorización previa para que usted pueda luego recibir los servicios. Llame al **866-821-2308** si necesita ayuda para encontrar un proveedor.

A continuación, se incluye un resumen de los servicios cubiertos por su plan de salud con Meridian. Para encontrar la lista completa de servicios cubiertos, consulte su certificado de cobertura (COC). Llame a Servicios al miembro al **866-821-2308** si desea obtener una copia impresa del COC.

Servicios cubiertos por Meridian

En esta grilla, figuran los servicios cubiertos por Meridian. Su certificado de cobertura (COC) contiene una lista completa de los servicios cubiertos. Si desea obtener una copia impresa del COC, llame a Servicios al miembro al **866-821-2308**. Llame a Meridian si necesita ayuda con la búsqueda de un proveedor de Meridian para un servicio que necesita. Si no hay un proveedor en nuestra red que preste el servicio que necesita, puede consultar a un proveedor fuera de la red, pero primero deberá obtener una aprobación. A continuación, se incluyen los servicios disponibles cubiertos fuera de la red sin necesidad de contar con una derivación. **NOTA: Los miembros de Meridian NO deben abonar copagos por los servicios cubiertos.**

Servicios cubiertos para los miembros del programa de MLTSS

Servicios cubiertos	
Servicios de exención	Vea los detalles en la sección Beneficios del programa de exenciones. <ul style="list-style-type: none">• Proveedores de agencias de enfermeros registrados (RN), enfermeros practicantes (LPN),

Servicios cubiertos	
	<p>auxiliares de enfermería (CNA) y terapias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores individuales de auxiliares médicos (PA), RN, LPN, CNA y terapias
Atención a largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> • Especializada • Intermedia • Beneficio de centros de enfermería
Salud del comportamiento	<p>Los servicios de salud del comportamiento son un tipo de atención médica que brinda apoyo emocional, orientación y guía. Meridian cubre los servicios de salud del comportamiento (BH) sin derivación en asociación con los servicios opcionales de rehabilitación de salud mental de DHS. Nuestro personal de BH puede ofrecerle ayuda para obtener los servicios que necesite. Llámenos al 866-796-1167. Podemos ayudarlo a encontrar un proveedor y programar una cita. Todos los servicios son confidenciales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios opcionales de rehabilitación de salud mental • Servicios de rehabilitación relacionados con el abuso de alcohol y de sustancias • Atención de la salud del comportamiento para pacientes ambulatorios
Transporte	<p>Tiene a su disposición muchas opciones de transporte desde los consultorios, las citas de salud del comportamiento, las farmacias, los proveedores de DME, las oficinas de Administración de casos familiares y del programa para mujeres, bebés y niños (WIC), y hasta estos lugares. Llame al 866-796-1165 para hablar sobre sus opciones de transporte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transporte que no sea de emergencias en ambulancia • Transporte médico • Servicios de transporte adicional (incluidos taxis, servicios de automóviles, automóviles privados, etc.)

Servicios cubiertos	
Otros beneficios	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios de venta libre: \$10 por mes. Consulte la sección Medicamentos de venta libre (OTC). • Línea de asesoramiento de enfermería

Beneficios del programa de exenciones

Los miembros tienen permitido recibir beneficios adicionales una vez que reciben la exención de un servicio. Estas exenciones ofrecen servicios y asistencia a largo plazo para los individuos que necesitan ayuda adicional con las actividades diarias, pero que no desean ingresar en un hogar de ancianos. Un individuo interesado en recibir los beneficios del programa de exenciones debe obtener la aprobación del Departamento de Personas de Edad Avanzada o del Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS) de Illinois antes de recibir los servicios. MeridianHealth coordina los beneficios para miembros de 5 exenciones de Medicaid que ofrecen los departamentos estatales:

- Exención para adultos mayores
- Exención para personas con discapacidades
- Exención por VIH/sida
- Exención por lesiones cerebrales traumáticas
- Exención para instalaciones de asistencia vital (SLF, por sus siglas en inglés)

No todas las exenciones conllevan los mismos beneficios. A continuación, se incluye una lista de los beneficios que se aplican a las exenciones. Si actualmente tiene un beneficio de exención, prosiga con la Grilla de servicios del programa de exenciones para determinar si un servicio se aplica a su exención.

Programa de servicios y asistencia a largo plazo (según la elegibilidad para la exención)	
Equipamiento adaptativo	Dispositivos, controles o aparatos eléctricos especificados en el plan de atención para mejorar la capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana.
Servicio diurno para adultos	Servicios sociales basados en la comunidad que comprenden distintos tipos de asistencia social, recreativa, médica, nutricional y relacionada en un entorno comunitario en horario diurno.

Programa de servicios y asistencia a largo plazo (según la elegibilidad para la exención)	
Asistencia para la vida cotidiana	<p>Vivienda estilo departamento con el siguiente menú de servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería intermitentes • Comidas y refrigerios • Supervisión de los medicamentos • Cuidado personal • Control de bienestar • Programas sociales/recreacionales • Programas de cuidado de la salud y ejercicio • Mantenimiento • Personal de seguridad/respuesta durante las 24 horas • Sistema de llamadas de emergencia • Lavandería • Trabajo doméstico • Servicios auxiliares
Sistema de respuesta ante emergencias personales	Equipos electrónicos vinculados a una línea telefónica que brindan acceso las 24 horas para obtener asistencia en una emergencia.
Adaptaciones de accesibilidad al entorno	Modificaciones físicas para la disposición hogareña para asistir la salud individual, el bienestar y las necesidades de seguridad. (No se incluyen adaptaciones realizadas con otros fines).
Comidas distribuidas en el hogar	Servicios de comidas que constan de entregas de comidas a domicilio para los servicios de almuerzo o cena.
Enfermería especializada	Servicios de enfermería para necesidades de recuperación a corto plazo por un acontecimiento grave. Concebidos como una alternativa a la hospitalización o a los centros de enfermería.
Enfermería intermitente	Servicios de enfermería a largo plazo que ofrecen experiencia médica en el hogar para asistir en el tratamiento de afecciones crónicas.
Auxiliar médico en el hogar	Ayuda en el hogar con las necesidades básicas de salud bajo supervisión de un profesional médico.

Programa de servicios y asistencia a largo plazo (según la elegibilidad para la exención)	
Encargado de quehaceres domésticos	Persona encargada de ayudar en el hogar con las actividades de la vida cotidiana, como preparar la comida, hacer las compras, mantener la limpieza y lavar la ropa.
Asistente personal	Persona contratada directamente por el miembro para su hogar, encargada de brindar ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como preparar la comida, hacer las compras, mantener la limpieza y lavar la ropa. (Entre los asistentes personales, se pueden incluir personas dedicadas a la atención médica directa, como RN, LPN y auxiliares médicos en el hogar).
Servicios de rehabilitación	Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla cubiertos por una exención.
Servicios de relevo	Servicios de cuidadores diseñados para dar alivio a los familiares no remunerados que asisten a los miembros.
Empleo asistido	Servicios que permiten que los miembros continúen trabajando, incluidas la supervisión y la capacitación.
Instalaciones de asistencia vital	Residencia con asistencia para la vida cotidiana que brinda servicios de asistencia que satisfacen las necesidades de los miembros para que sigan siendo independientes: trabajo doméstico, atención personal, control de medicamentos, compras, comidas y programas sociales.
Recuperación diaria	Actividades cotidianas independientes, que incluyen la gestión de la autoayuda, la socialización y el desarrollo de la capacidad de adaptación. Servicio diseñado para ayudar al miembro a obtener el máximo nivel funcional.
Servicios prevocacionales	Capacitación laboral diseñada con el fin de contribuir al desarrollo de destrezas para unirse a la fuerza laboral general. Incluye asistencia, compleción de tareas, resolución de problemas y seguridad.

Beneficios por tipo de exención

Servicio	Adultos mayores	Discapacidad	VIH/sida	Lesión cerebral	Exención por SLF
Servicio diurno para adultos	X	X	X	X	
Servicio de traslado diurno para adultos	X	X	X	X	
Asistencia para la vida cotidiana					X
Modificación del entorno		X	X	X	
Empleo asistido				X	
Auxiliar médico en el hogar		X	X	X	
Enfermería: Intermitente		X	X	X	
Enfermería: Especializada		X	X	X	
Terapia ocupacional		X	X	X	
Asistente personal		X	X	X	
Terapia física		X	X	X	
Terapia del habla		X	X	X	
Servicios prevocacionales				X	
Recuperación diaria				X	
Encargado de quehaceres domésticos	X	X	X	X	
Comidas distribuidas en el hogar		X	X	X	
Sistema de respuesta ante emergencias en el hogar	X	X	X	X	
Servicios de relevo		X	X	X	

Servicio	Adultos mayores	Discapacidad	VIH/sida	Lesión cerebral	Exención por SLF
Equipamiento/suministros médicos especializados		X	X	X	
Servicios conductuales				X	

Todos los servicios requieren autorización previa. Los servicios del plan médico existente no requerirán autorización los primeros 90 días.

Medicamentos de venta libre (OTC)

Recibe un importe fijo en dólares todos los meses para comprar productos OTC elegibles que usa con fines médicos. Solamente usted puede usar su beneficio. Solo usted puede usar los medicamentos y los productos OTC. Puede solicitar hasta \$10 de artículos OTC elegibles todos los meses de nuestro catálogo de OTC. Los importes sin usar no se acumulan para el mes siguiente. No le reembolsaremos los artículos OTC comprados. El programa de MLTSS no cubre los medicamentos recetados. Para obtener medicamentos recetados, póngase en contacto con su plan de Medicare/Medicaid para averiguar cuáles son sus opciones.

Servicios sin cobertura por el programa de MLTSS de Meridian ni por los servicios familiares y de atención médica (HFS) de Illinois

Esta no es una lista completa:

- Cualquier servicio que no esté aprobado por su PCP, excepto los siguientes:
 - La atención de emergencia, las consultas de rutina para mujeres, la atención por maternidad, la atención de salud del comportamiento, los servicios en los departamentos de salud locales, las inmunizaciones, la planificación familiar, las visitas pediátricas o según lo requiera HFS o los que de otra manera se mencionen en este manual
- Cirugía cosmética de electiva
- Medicamentos, procedimientos o equipos experimentales o de

investigación

- Atención para casos de esterilidad y medicamentos para la disfunción eréctil
- Servicios que se prestan en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo
- Servicios que se prestan a través de entidades educativas locales
- Cualquier servicio que no sea médicamente necesario
- Cuidados paliativos*
- Cirugía
- Cuidado ambulatorio
- Servicios hospitalarios/Atención de emergencia y urgencia
- Planificación familiar, control de natalidad, cuidado obstétrico y de maternidad, esterilización, abortos.
- Servicios de médicos
- Servicios dentales
- Servicios de optometría
- Servicios de podología
- Servicios quiroprácticos
- Servicios médicos psiquiátricos
- Terapia de desarrollo, servicios de movilidad y orientación (exenciones)
- Asesoramiento de la División de Cuidado Especializado para Niños (DSCC)/niños delicados
- Servicios opcionales de rehabilitación del DCFS
- Servicios de fisioterapia (PT)/terapia ocupacional (OT)/terapia del habla (ST)
- Servicios de audiología
- Servicios de anestesia
- Servicios de atención obstétrica
- Asesoramiento en genética
- Servicios clínicos generales
- Servicios clínicos psiquiátricos para pacientes hospitalizados
- Servicios clínicos (rehabilitación física)
- Servicios opcionales clínicos de salud mental
- Servicios de farmacia

- Servicios de laboratorio clínico
- Servicios de radiografías portátiles
- Suministros ópticos
- Suministros médicos
- Transporte de emergencias en ambulancia
- Servicios de enfermeros practicantes
- Servicio de trabajo social
- Servicio psicológico
- Programa de atención de enfermedades subagudas
- SOPF: beneficiario con enfermedad mental (MI)
- Centro de atención a largo plazo (LTC) - Capacitación en desarrollo (niveles I a III)
- LTC: beneficiario con retraso mental (MR) de 21 a 65 años; colocado de manera incorrecta
- Trasplantes
- Asesoramiento en genética
- Equipamiento médico/dispositivos protésicos
- LTC: centro de enfermería (NF) especializada (cobertura parcial de Medicare)
 - * Si vive en un hogar de ancianos y necesita cuidados paliativos, Meridian cubrirá la habitación y la comida.

Los miembros del programa de MLTSS recibirán los servicios cubiertos de Medicare, como hospitalización, visitas al proveedor, terapias, recetas, servicios de radiografía y laboratorio, suministros médicos y más, a través del programa de pago por servicio de Medicare, Medicare Parte D o Medicare Advantage. Comuníquese con la Administración del Seguro Social llamando al **800-772-1213** para solicitar más información.

Autorización previa

Cubrimos la mayoría de los servicios sin necesidad de una derivación o revisión médica. Sin embargo, algunos tipos de atención requieren autorización previa (PA). Su proveedor posee una lista de los tipos de atención que requieren PA. Si necesita un tipo de atención que requiere autorización previa, su proveedor debe completar un formulario de Solicitud de autorización previa y enviárnoslo. Nota: Debemos aprobar la PA antes de que pueda recibir la atención.

Algunos beneficios requieren PA antes de recibir los servicios. Pueden solicitarse PA para servicios como los siguientes:

- Transporte que no sea de emergencia
- Productos de DME
- Servicios prestados por proveedores fuera de la red

En ese caso, el proveedor debe completar un formulario de Solicitud de autorización previa y enviarlo a MeridianHealth. Meridian revisará la solicitud para asegurarse de que el servicio sea médicamente apropiado y necesario. Una vez que Meridian autorice el servicio, podrá recibirlo.

Línea de asesoramiento de enfermería

Línea de asesoramiento de enfermería gratuita disponible para los miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener asistencia y orientación médicas de un enfermero, llame al **866-821-2308** y pida que transfieran su llamada a la línea de asesoramiento de enfermería. Si se trata de una emergencia que supone un peligro para la vida, debe llamar al 911 o a los servicios de emergencia locales.

¿Se muda?

No olvide llamar a su oficina local de Servicios familiares y de atención médica (HFS) y a Servicios al miembro de Meridian para informarles su nueva dirección.

Para encontrar su oficina local de HFS, visite el sitio web **www.dhs.state.il.us** y haga clic en “DHS Office Locator” (Buscador de oficinas de DHS) en la sección “About DHS” (Acerca de DHS).

Servicios al miembro de Meridian: **866-821-2308**

Comisiones de miembros

Meridian organiza comisiones durante todo el año para escuchar los comentarios de los miembros sobre la calidad de la atención que se les brinda, aportes sobre materiales educativos e información de programas. Se necesitan los comentarios de los miembros para abordar adecuadamente cualquier necesidad o problema con su atención.

Para obtener más información sobre estas reuniones e informarnos si está interesado en participar, comuníquese con Servicios al miembro al **866-821-2308**.

Programas especiales de atención médica

Coordinación de atención

Es fácil sentirse abrumado por la atención médica, la coordinación de varios proveedores o los problemas de salud. Esto puede agregar más estrés a su vida diaria.

¡Meridian está aquí para brindarle ayuda!

Nuestro objetivo es ofrecerle atención personal y ayudarlo a mejorar su calidad de vida. Tenemos enfermeros, coordinadores de atención, trabajadores sociales y otros expertos en atención médica que los ayudarán a usted y a su equipo de atención a navegar por el sistema. Se le asignará un coordinador de atención que lo visitará periódicamente en la mejor ubicación para usted.

¿En qué consiste la coordinación de la atención?

La coordinación de la atención es un programa que lo vincula con los servicios y recursos de su comunidad que lo ayudarán a mejorar su salud, al mismo tiempo que coordina la atención con sus proveedores y equipo de atención. Este programa se centra en usted y sus necesidades para ayudarlo a navegar de la mejor manera a través del equipo de atención médica.

Los objetivos de la coordinación de la atención son los siguientes:

- Centrarse en sus necesidades personales
- Ayudarlo a acceder a los recursos y servicios comunitarios.
- Trabajar con su PCP para coordinar la atención y asegurarse de que usted cuide su salud según lo previsto.
- Trabajar con usted, su representante autorizado o su tutor para ayudarlos a determinar sus necesidades y los servicios para satisfacerlas.

¿De qué modo puede ayudarlo la coordinación de la atención?

Su coordinador de atención realizará lo siguiente:

- Elaborará un plan de atención para cumplir sus objetivos en cuanto a la atención médica.
- Lo pondrá en contacto con los recursos de su comunidad.
- Lo ayudará a controlar sus afecciones o problemas de salud.
- Lo ayudará a comprender su cobertura a través de MeridianHealth.
- Responderá sus preguntas o inquietudes.

- Hará preguntas para obtener más información sobre usted. Le preguntará sobre sus fortalezas, qué puede hacer y para qué necesita ayuda.
- Trabajará con usted y su representante autorizado cuando determine los servicios que satisfarán sus necesidades.
- Si usted reside en un centro de enfermería, lo ayudará a aprobar su estadía de atención a largo plazo.
- Lo ayudará a obtener los servicios que necesita en función de su programa de exenciones si reside en la comunidad.
- Lo ayudará mientras sea miembro de Meridian y esté en un centro de enfermería o en un programa de exenciones de HCBS.
- Lo visitará en su hogar con diferente frecuencia en función de sus necesidades.
- Si está entre las personas con exención por edad avanzada o entre las personas con exención por discapacidad, el coordinador de atención lo visitará al menos una vez cada 3 meses.
- Si está entre las personas con exención por lesión cerebral, el coordinador de atención se comunicará con usted al menos una vez por mes.
- Si está entre las personas con exención por VIH/sida, el coordinador de atención se comunicará con usted al menos una vez por mes por teléfono y lo visitará al menos cada dos meses.
- Si vive en su propia casa o en un entorno de vivienda asistida, lo ayudará a completar una visita de evaluación y elaborará un plan de servicios con usted cada año.
- Si vive en un centro de enfermería, lo ayudará a completar una visita de evaluación y elaborará un plan de servicios con usted cada 6 meses.
- El coordinador de atención puede visitarlo más seguido si cambian sus necesidades.

Programa de administración de la salud de la población

Nombre del programa	Descripción
Programa de abandono del tabaquismo	Meridian ofrece un programa para dejar de fumar para ayudar a los miembros a dejar de fumar. Llame a Meridian para obtener más información sobre este programa.

Hable con su proveedor o llame a Servicios al miembro al **866-821-2308** para obtener más información.

Programa de educación para la salud y control de enfermedades

Otro programa de cuidados especiales es el programa de control de enfermedades, a través del cual se ayuda a los miembros con afecciones crónicas como enfermedad cardiovascular (CVD) (problemas cardíacos), diabetes, asma y otras afecciones crónicas. El programa de control de enfermedades permite a los miembros obtener el apoyo que ofrecen el personal de enfermería y de atención médica, y materiales educativos para ayudarlos a aprender a controlar su afección. Si tiene asma, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, depresión, ansiedad, trastorno de abuso de sustancias, diabetes o hipertensión, Meridian puede inscribirlo automáticamente. También puede inscribirse en el programa llamando al **866-821-2308**, o puede inscribirlo su proveedor.

Lejos del hogar

Si se encuentra lejos de su hogar y necesita atención médica, siga estos pasos:

- Si no se trata de una emergencia, llame a su PCP para hablar sobre su enfermedad o inquietud.
- Si se trata de una emergencia, acuda a la sala de emergencias más cercana o llame al 911.

Atención posterior a la estabilización

Los servicios posteriores a la estabilización son servicios necesarios que se proporcionan a un miembro una vez que se encuentra estable después de una afección médica de emergencia, a fin de ayudarlo a recuperarse. La atención posterior a la estabilización les brinda a los miembros la oportunidad de mantenerse estabilizados o de mejorar o resolver su estado. Una vez que un miembro recibió tratamiento y se encuentra estable, comienzan los servicios posteriores a la estabilización. Los servicios posteriores a la estabilización están cubiertos y no requieren autorización previa.

Después de ir a la sala de emergencias, debe llamar a su PCP dentro de las 24 horas. Su PCP se asegurará de que reciba la atención de seguimiento que necesite. Puede llamar a su PCP las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El PCP puede ayudarlo a decidir si necesita atención de emergencia. Si el PCP no le devuelve la llamada, llame a Meridian al **866-821-2308**.

Competencia cultural

“Competencia cultural” equivale a un conjunto de actitudes, comportamientos y políticas que ayudan a las personas a trabajar con otros cuyas ideas y creencias son diferentes de las propias. Meridian tiene un compromiso con el objetivo de educar a nuestros empleados y socios en la competencia cultural, a fin de brindar la mejor atención médica a nuestros miembros. Meridian organiza grupos de discusión que analizan su atención, sus comentarios, nuestra competencia cultural, y están abiertos a la participación de los miembros. Si le interesa participar de una de estas reuniones de trabajo, llame a Servicios al miembro.

Directivas anticipadas

Una directiva anticipada es una decisión por escrito que toma acerca de su futura atención médica en caso de que esté tan enfermo que no pueda tomar una decisión en dicho momento. En Illinois, hay cuatro tipos de directivas anticipadas:

1. Poder para tomar decisiones sobre la atención médica

Le permite elegir a una persona que tome decisiones relacionadas con su atención médica en caso de estar demasiado enfermo para decidir por su cuenta. La persona que elija debe ser alguien de su confianza, como un familiar o un amigo. La persona que elija podrá:

- Ver su información médica y otra información personal.
- Elegir y despedir a sus proveedores de atención médica.
- Aceptar o rechazar el tratamiento médico.
- Firmar exenciones y otros documentos para permitir o detener la atención médica.

Hable sobre sus valores y deseos con la persona a quien le otorgó el poder para tomar decisiones sobre la atención médica. Cuanto más sepa esta persona sobre usted, mejores serán las decisiones que pueda tomar.

2. Testamento en vida

Este documento indica a su proveedor y a otros proveedores qué tipo de atención desea recibir si tiene una enfermedad terminal, lo que significa que no hay posibilidad de mejorar. Puede aceptar o rechazar cualquier atención médica. Su testamento en vida se activará SOLO cuando usted no pueda tomar

decisiones por su cuenta.

3. Preferencia de salud mental

Permite que decida si desea recibir ciertos tipos de tratamientos de salud mental que podrían ayudarlo.

4. Orden de no resucitación (DNR)

Indica a su familia y proveedores lo que desea que se haga en caso de que tenga un paro cardíaco o respiratorio.

Puede obtener más información sobre las directivas anticipadas de su proveedor o su plan de salud. Si es hospitalizado, es posible que le pregunten si cuenta con alguna. No es necesario que tenga directivas anticipadas para recibir la atención médica, pero la mayoría de los hospitales las fomenta. Puede elegir tener una o más directivas anticipadas si lo desea y puede cancelarlas o cambiarlas en cualquier momento.

Si recibe una factura o una declaración

MeridianHealth no cobra copagos ni tiene deducibles para sus miembros. Esto significa que usted nunca deberá recibir una factura por sus beneficios cubiertos de Meridian o servicios previamente autorizados. Si recibe una factura por error, envíela a la siguiente dirección:

MeridianHealth
Attn: Claims Department
PO Box 4020
Farmington, MO 63640-4402

Si tiene algún otro problema con las facturas médicas con respecto a los servicios cubiertos de Meridian, llame a Servicios al miembro al **866-821-2308** para obtener ayuda.

A veces, puede recibir una factura por servicios recibidos antes de afiliarse a Meridian. Para este tipo de facturas, llame al consultorio de su proveedor para obtener ayuda.

Quejas y apelaciones

Queremos que esté conforme con los servicios que recibe de Meridian 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 a su coordinador de atención o a Servicios al miembro al **866-821-2308**.

Meridian considera las quejas de sus miembros con mucha seriedad. 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 recibió, 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 no respetaron sus derechos.
- Tuvo problemas para obtener una cita con su proveedor en un plazo 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 fueron groseros con usted.
- Su proveedor o un miembro del personal de Meridian no tuvieron en cuenta sus necesidades culturales u otras necesidades especiales que pudiera tener.

Puede presentar su queja por teléfono llamando a Servicios al miembro al **866-821-2308**. También puede enviar una queja por escrito, por correo electrónico o fax:

MeridianHealth
Attn: Grievance and Appeals Dept.
PO Box 44287
Detroit, MI 48244
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 si llama a Servicios al miembro al **866-821-2308**.

Si no habla inglés, le podemos proporcionar un intérprete sin costo alguno. Incluya esta solicitud cuando presente la 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. 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.

Acusaremos recibo de su queja con una carta dirigida a usted o su representante dentro de las 48 horas de la recepción de la queja. El plazo para la resolución de una queja puede ser de hasta 90 días calendario.

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 a solicitar una apelación acelerada en algunas circunstancias 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.

Usted podría no estar de acuerdo con una decisión o acción que haya tomado Meridian sobre los 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 la apelación en el plazo 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 interrumpe 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 el proveedor no estaba en nuestra red.

Puede presentar una apelación de dos maneras.

- 1) Llame a Servicios al miembro, al **866-821-2308**. 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:

MeridianHealth
Attn: Grievance and Appeals Dept.
PO Box 44287
Detroit, MI 48244
Fax: **833-669-1734**

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

¿Alguien puede ayudarlo con el proceso de apelación?

Tiene varias opciones de ayuda. Puede hacer lo siguiente:

- Solicitar a alguien que conozca que lo represente. Esta persona podría ser su proveedor de atención primaria o un familiar.
- Elegir que lo represente un profesional legal.

Para designar a alguien que lo represente: 1) envíenos una carta en la que nos informe que desea que una persona lo represente e incluya en la carta su información de contacto; o bien, 2) complete el formulario de apelaciones con representante autorizado. Encontrará este formulario en nuestro sitio web, en ilmeridian.com.

Proceso de apelación

Le enviaremos una carta de acuse de recibo en un plazo de tres (3) días hábiles para informarle que recibimos su apelación. Le avisaremos si necesitamos más información y cómo puede entregarnos 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 le enviará nuestra decisión por escrito en un plazo de quince (15) días hábiles a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación. Meridian puede solicitar una extensión de hasta catorce (14) días calendario para tomar una decisión sobre su caso si necesitamos obtener más información antes de tomar una decisión. Usted también puede solicitar una extensión si necesita más tiempo para obtener otros documentos que apoyen 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 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.
- 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 quince (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. 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 le 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, llame a Meridian al **866-821-2308**.

¿Qué sucede a continuación?

Una vez que recibe por escrito la notificación de la decisión sobre la apelación de parte de Meridian, 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 o una revisión externa de su apelación en un plazo de **treinta (30) días calendario** a partir de la fecha que aparece 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 decide, puede solicitar una apelación por audiencia imparcial del estado en un plazo de **ciento veinte (120) días calendario** a partir de la fecha de la notificación de la decisión, pero debe enviar su solicitud en un plazo de **diez (10) días calendario** a partir de la fecha de la notificación de la decisión si desea continuar con sus servicios. Si no gana esta apelación, es posible que deba pagar los servicios que se le hayan prestado durante el proceso de apelación.

Durante la audiencia imparcial del estado, al igual que durante el proceso de apelación de Meridian, 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 su información de contacto.

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 configurar una cuenta de apelaciones de solicitud de elegibilidad para beneficios (ABE) y enviar la apelación médica imparcial del estado en línea. Esto le permitirá seguir y gestionar su apelación en línea, ver fechas importantes y notificaciones relacionadas con la audiencia imparcial del estado y enviar 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 por 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. Esta carta también le brindará información sobre 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 al menos tres (3) 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. Debe proporcionar todas las pruebas que presentará en la audiencia a Meridian y al funcionario de audiencias imparciales, al menos, tres (3) 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 o servicio especial 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, que se puede 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 fecha, la hora y la ubicación nuevas de la audiencia. El tiempo límite 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 la ubicación 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 notificación de la 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 la 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 alguna pregunta, comuníquese con la oficina de audiencias.

Revisión externa (solo para servicios médicos)

En un plazo de **30 días calendario** a partir de la fecha que aparece en la notificación de la decisión de Meridian sobre la apelación, puede optar por solicitar una revisión por parte de una persona que no pertenezca a Meridian. 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:**

MeridianHealth
Attn: Grievance and Appeals Dept.
PO Box 44287
Detroit, MI 48244

¿Qué sucede a continuación?

- Revisaremos su solicitud para determinar si reúne los requisitos para una revisión externa. Tenemos cinco (5) 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 (5) días hábiles** a partir de la carta que le enviamos para proporcionar cualquier información adicional sobre su solicitud al revisor externo.

El revisor externo le enviará a usted o a su representante y a Meridian una carta con su decisión en un plazo de cinco (5) días calendario de recibir toda la información que necesita para completar su revisión.

Revisión externa acelerada

Si el plazo habitual para una revisión externa podría poner en riesgo su vida o su salud, usted o su representante pueden solicitar una **revisión externa acelerada**. Puede solicitarla por teléfono o por escrito. Para solicitar una revisión externa acelerada por teléfono, llame a Servicios al miembro al número gratuito **866-821-2308**. 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.

MeridianHealth
Attn: Grievance and Appeals Dept.
PO Box 44287
Detroit, MI 48244
Fax: 833-669-1734

¿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 días hábiles después de haber recibido toda la información necesaria. Les notificará su decisión verbalmente a usted o a su representante y a Meridian. También les enviará una carta de seguimiento a usted o a su representante y a Meridian con la decisión en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas.

Información importante adicional

Cómo Meridian toma decisiones en torno a la atención médica

Los proveedores de Meridian y el personal de atención médica toman decisiones basadas en la atención que es adecuada para usted y lo que está cubierto por sus beneficios de Medicaid. Esto se denomina Administración de la utilización (Utilization Management, UM).

Meridian no recompensa a los proveedores por denegarle la atención. Los empleados de Meridian que toman las decisiones de UM no reciben recompensas por limitar su atención.

Puede comunicarse con Meridian en cualquier momento si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios, de los proveedores o de cualquier servicio que haya solicitado o recibido. Puede llamar a Servicios al miembro al **866-821-2308**. Atendemos de lunes a viernes, de 7 a.m. 5:30 p.m.

Al responder la llamada, el representante de Meridian se presentará con su nombre, cargo y compañía. Todas las llamadas que realiza son gratuitas.

Tecnología nueva

Meridian desea asegurarse de que nuestros miembros tengan acceso a las nuevas tecnologías y procedimientos de salud. Los miembros pueden recomendar a Meridian que cubra nueva tecnología. Los proveedores y el personal clínico de Meridian investigan la tecnología nueva antes de aprobarla para nuestros miembros. Cualquier actualización que afecte a los miembros se comunicará mediante el boletín informativo para los miembros.

Esta información proviene de grupos de profesionales médicos, Medicaid, otros grupos gubernamentales y grupos científicos.

Derechos y responsabilidades

Como miembro de Meridian, tiene derechos y responsabilidades. Creemos que siempre debe ser tratado con dignidad y respeto. El personal de Meridian cumplirá con todos los requerimientos relacionados con estos derechos. Meridian no lo discriminará por ejercer sus derechos.

Sus derechos:

- A que lo traten con respecto y dignidad en todo momento.
- A que se mantenga la privacidad de su información de salud personal y su historia clínica, excepto según lo permita la ley.
- A estar protegido contra la discriminación.
- A recibir información de Meridian en otros idiomas o formatos, como a través de un intérprete o en braille.
- A recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles.
- A recibir la información necesaria para tomar decisiones sobre su tratamiento y sus opciones de atención médica.
- A rechazar un tratamiento y a que le informen qué puede ocurrir con su salud si lo hace.
- A recibir una copia de su historia clínica y, en algunos casos, a solicitar que se modifique o se corrija.
- A elegir su propio proveedor de atención primaria (PCP) de Meridian; puede cambiar su PCP en cualquier momento.
- A presentar un reclamo (a veces llamada queja) o una apelación sin temor a recibir malos tratos o represalias de ninguna clase.
- A solicitar y recibir en un plazo razonable información sobre su plan de salud, sus proveedores y sus políticas.

Sus responsabilidades:

- Tratar al proveedor y al personal del consultorio con cortesía y respeto.
- Llevar su tarjeta de identificación de Meridian con usted cuando vaya a las citas con el proveedor y a la farmacia para recoger sus medicamentos recetados.
- Asistir a sus citas y llegar puntualmente.
- Si no puede asistir a una cita, debe cancelarla con anticipación.

- Seguir las instrucciones y el plan de tratamiento que le indique el proveedor.
- Informar a su plan de salud y al administrador de casos si cambia de dirección o de número de teléfono.
- Leer el manual del miembro para saber qué servicios están cubiertos y si se aplican reglas especiales.

Llame a Servicios al miembro al **866-821-2308** si tiene alguna pregunta.

Fraude, abuso y descuido

El fraude, el abuso y el descuido son incidentes que deben informarse.

Debe denunciar a cualquier miembro, proveedor o farmacia que cometa fraude. Para hacerlo, no es necesario que dé su nombre. Puede denunciar fraude, derroche o abuso al: **866-685-8664** o por correo electrónico: **Special_Investigations_Unit@CENTENE.COM**.

El **fraude** ocurre cuando alguien recibe beneficios o pagos que no le corresponden. Algunos otros ejemplos de fraude son:

- Uso de la tarjeta de identificación de un tercero o permitir que un tercero utilice la suya.
- Un proveedor que factura servicios que usted no recibió.

Abuso es cuando una persona causa lesiones o daños físicos o mentales. Estos son algunos ejemplos de abuso:

- El abuso físico sucede cuando sufre un daño, por ejemplo, si le dan una bofetada, le dan un puñetazo, lo empujan o amenazan con un arma.
- El abuso mental sucede cuando una persona le dice palabras amenazantes, intenta controlar su actividad social o lo mantiene aislado.
- El abuso financiero sucede cuando una persona usa su dinero, cheques personales o tarjetas de crédito sin su permiso.
- El abuso sexual sucede cuando una persona lo toca de manera inapropiada y sin su permiso.

El **descuido** ocurre cuando una persona decide dejar de satisfacer las necesidades básicas de la vida, como los alimentos, la vestimenta, la vivienda o la atención médica.

La **explotación** sucede cuando alguien priva, defrauda o toma dinero o propiedad personal de manera injusta o cruel, en contra de la propia voluntad o sin consentimiento o conocimiento para su propio beneficio.

Denuncia de abuso, descuido, explotación o incidentes inusuales

Si cree que es una víctima, debe informarlo de inmediato. Puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios al miembro al **866-821-2308**. Meridian debe hacer un seguimiento con usted para proporcionar recursos y garantizar su seguridad.

Si fuera víctima de abuso, descuido o explotación, debe informárselo inmediatamente a su administrador de casos de Meridian. También debe denunciar el problema ante una de las agencias a continuación, según su edad o ubicación. Todas las denuncias a estas agencias son confidenciales. Se aceptan informes anónimos.

La ley de revisión de antecedentes penales de los trabajadores que brindan atención médica tiene vigencia para todos los individuos sin licencia contratados o retenidos por un empleador de atención médica, como auxiliares de atención médica en el hogar, auxiliares de enfermería, asistentes de atención personal, auxiliares de enfermería contratados por medios privados, personal de entrenamiento diurno o individuos que tengan una ocupación similar relacionada con la salud que implique la prestación de atención directa. Puede comunicarse con el Departamento de Salud Pública en línea, en **www.dph.illinois.gov**, o por teléfono al **217-785-5133** para verificar el estado antes de la contratación, o con el Departamento de Regulación Financiera y Profesional para obtener información sobre cualquier enfermero practicante (LPN) o enfermero registrado (RN) (enfermeros) que desee contratar para ver si tiene denuncias de abuso, descuido o robo.

Línea de ayuda para hogares de ancianos: 800-252-4343

La línea de ayuda de hogares de ancianos del Departamento de Salud Pública de Illinois se encuentra disponible para presentar reclamos sobre hospitales, centros de enfermería y agencias de atención médica en el hogar, y la atención o la falta de atención de los pacientes.

Línea de ayuda para reclamos sobre programas de asistencia para la vida cotidiana: 844-528-8444

Servicios de protección para adultos: 866-800-1409 (TDD/TTY: 888-206-1327)

La línea directa de los servicios de protección para adultos del Departamento de Personas de Edad Avanzada de Illinois (IDOA) recibe denuncias de maltrato, abandono o explotación de todos los adultos mayores de 18 años. El administrador de casos de Meridian le proporcionará dos folletos informativos sobre las denuncias de abuso, descuido y explotación. Puede solicitar copias nuevas de estos folletos en cualquier momento.

Definiciones

Apelación significa una solicitud para que el plan de salud revise una decisión nuevamente.

Copago significa un importe fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio cubierto de atención médica, por lo general, al momento de recibir el servicio. El importe puede variar según el tipo de servicio de atención médica con cobertura.

Equipo médico duradero significa equipo y suministros solicitados por un proveedor de atención médica para el uso cotidiano o prolongado.

Afección médica de emergencia significa una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato para evitar daños graves.

Servicios de emergencia significa la evaluación de una afección médica de emergencia y el tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios excluidos significa servicios de atención médica que su seguro o plan de salud no paga ni cubre.

Queja significa un reclamo que usted presenta a su plan de salud.

Servicios y dispositivos de recuperación significa servicios que ayudan a una persona a mantener, adquirir o mejorar habilidades y funciones para la vida cotidiana. Un ejemplo de esto sería la terapia para un niño que no camina o habla a la edad prevista. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, terapia del habla y otros servicios para personas con discapacidades en diversos entornos, tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.

Atención médica en el hogar significa servicios de atención médica que una persona recibe en su hogar.

Servicios de cuidados paliativos significa servicios para brindar apoyo y confort a personas que atraviesan las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familiares.

Hospitalización significa atención en un hospital que requiere el ingreso como paciente hospitalizado y que, por lo general, requiere la permanencia durante la noche. Pasar la noche hospitalizado para observación podría considerarse atención como paciente ambulatorio.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios significa atención en un hospital que, por lo general, no requiere la permanencia durante la noche.

Medicamento necesario significa servicios de atención médica o suministros médicos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, trastorno o sus síntomas, y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina.

Fuera de la red significa brindarle a un beneficiario la opción de acceder a los servicios del plan fuera de la red de proveedores contratados por el plan. En algunos casos, los costos en efectivo del beneficiario pueden ser mayores para obtener un beneficio fuera de la red.

Autorización previa significa una decisión por parte del seguro o plan de salud de que un servicio de atención médica, un plan de tratamiento, un medicamento recetado o un equipo médico duradero es medicamento necesario. A veces se la llama preautorización, aprobación previa o certificación previa. Su seguro o plan de salud puede requerir preautorización para ciertos servicios antes de que los reciba, excepto en caso de emergencia. La preautorización no es una promesa de que el seguro o plan de salud cubrirá el costo.

Cobertura de medicamentos recetados significa seguro o plan de salud que ayuda a pagar medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria significa un médico (M.D., proveedor médico, o D.O., Proveedores medicina osteopática), profesional de enfermería, especialista en enfermería clínica o auxiliar médico, según lo permitan las leyes estatales, que proporciona y coordina diversos servicios de atención médica o ayuda a un paciente a acceder a diversos servicios de atención médica.

Servicios y dispositivos de rehabilitación significa servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funciones para la vida cotidiana que se perdieron o disminuyeron a causa de una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de rehabilitación

psiquiátrica en diversos entornos, tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.

Atención de enfermería especializada significa servicios de enfermería proporcionados conforme a la Ley de Práctica de Enfermería de Illinois (Illinois Nurse Practice Act 225 ILCS 65/50-1 et seq.) por parte de enfermeros registrados, enfermeros practicantes o auxiliares de enfermería con habilitación para ejercer en el estado.

Especialista significa un médico que se centra en un área específica de la medicina o en un grupo determinado de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Atención de urgencia significa atención de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Resumen de las prácticas de privacidad

En este resumen, se describen la forma en que se podrá utilizar y divulgar su información médica y personal, y la forma en que usted podrá tener acceso a dicha información. Léalo detenidamente. Si desea leer el aviso completo sobre prácticas de privacidad, visite ilmeridian.com o llame a Servicios al miembro al **866-821-2308** para obtener una copia impresa.

INFORMACIÓN QUE TENEMOS. Tenemos información de inscripción sobre usted que incluye su fecha de nacimiento, sexo, número de identificación y otra información personal. También recibimos facturas, informes de médicos y otra información acerca de su atención médica.

NUESTRA POLÍTICA DE PRIVACIDAD. Nos importa su privacidad y protegemos cuidadosamente su información, ya sea que se trate de información oral, escrita o en formato electrónico. De acuerdo con lo estipulado por la ley, debemos mantener la privacidad de dicha información y suministrarle el presente aviso, que establece nuestros deberes legales y prácticas de privacidad. No venderemos ninguna información sobre usted. Únicamente las personas que tengan la necesidad y el derecho legal pueden ver su información. A menos que usted nos autorice por escrito, únicamente podremos divulgar su información para propósitos de tratamiento, pago, operaciones comerciales o de acuerdo con lo estipulado por la ley.

TRATAMIENTO. Podemos divulgar información médica sobre usted con el propósito de coordinar su atención médica. Por ejemplo, podemos notificar a su proveedor de atención primaria sobre el tratamiento que reciba en una sala de emergencias.

PAGO. Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para que los servicios médicos que usted reciba puedan ser facturados y pagados correctamente. Por ejemplo, podemos pedirle al departamento de emergencias de un hospital los detalles acerca de su tratamiento antes de pagar la factura por la atención que recibió.

OPERACIONES COMERCIALES. Es posible que debamos utilizar y divulgar información médica sobre usted en relación con nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos utilizar información médica sobre usted para revisar la calidad de los servicios que recibe.

DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO POR LA LEY. Divulgaremos información sobre usted de acuerdo con lo estipulado por la ley. Por ejemplo, realizaríamos esas divulgaciones a los efectos de la aplicación de la ley o de la seguridad nacional, como respuesta a citaciones u otras órdenes judiciales, para notificar casos de enfermedades transmisibles, para la asistencia en caso de desastres, para la revisión de nuestras actividades por parte de las agencias gubernamentales, para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad, o en otros tipos de emergencias.

AUTORIZACIONES. Podemos utilizar y divulgar su información personal, si usted nos proporciona una autorización por escrito que así lo indique. Si nos da una autorización por escrito, tendrá derecho a cambiar de parecer y revocar dicha autorización.

COPIAS DE ESTE AVISO. Tiene derecho a recibir una copia adicional de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso en formato electrónico, tiene derecho a recibir una copia impresa. Llámenos o escríbanos para solicitar una copia.

MODIFICACIONES A ESTE AVISO. Nos reservamos el derecho a revisar este aviso de privacidad. El aviso revisado se aplicará a la información que ya tengamos sobre usted, así como a toda información que recibamos en el futuro. De acuerdo con lo estipulado por la ley, debemos cumplir con el aviso que se encuentre actualmente en vigencia. Cualquier cambio realizado a nuestro aviso se publicará en nuestro Boletín informativo para los miembros.

SU DERECHO A INSPECCIONAR Y RECIBIR UNA COPIA. Usted puede solicitar, por escrito, el derecho a inspeccionar la información que tenemos sobre usted y a solicitar copias de dicha información. Podemos denegar su solicitud debido a ciertos motivos limitados, pero debemos justificar por escrito el motivo de nuestra denegación. Podemos cobrarle una tarifa por la copia de sus registros.

SU DERECHO A REALIZAR MODIFICACIONES. Si usted considera que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos por escrito que modifiquemos dicha información. Podemos denegar su solicitud debido a ciertos motivos limitados, pero debemos justificar por escrito el motivo de nuestra denegación.

SU DERECHO A UNA LISTA DE DIVULGACIONES. Si usted lo solicita por escrito, tiene derecho a recibir una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información, excepto en los casos en que usted haya autorizado dichas divulgaciones o si las divulgaciones se hacen con respecto a tratamientos, pagos u operaciones para atención médica. No estamos obligados a proporcionarle una lista de las divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003.

SU DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES SOBRE NUESTRO USO O DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN. Si lo hace por escrito, usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre la información que podemos utilizar o divulgar sobre usted. No estamos obligados a aceptar dichas solicitudes.

SU DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en relación con asuntos médicos de determinada manera o en un lugar determinado. Su solicitud debe realizarse por escrito. Por ejemplo, podrá solicitarnos que nos comuniquemos con usted únicamente en su hogar o en una determinada dirección, o únicamente por correo.

CÓMO EJERCER LOS DERECHOS ESTABLECIDOS EN ESTE AVISO. Si desea ejercer sus derechos establecidos en este aviso, puede llamarnos o escribirnos. Su solicitud debe realizarse por escrito. Lo ayudaremos a preparar su solicitud por escrito, si lo necesita.

RECLAMOS ANTE EL GOBIERNO FEDERAL. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, usted tiene derecho a presentar un reclamo ante el gobierno federal. Puede escribir a esta dirección:

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

O bien, visite el sitio web **www.hhs.gov/ocr**. No será penalizado por presentar un reclamo ante el gobierno federal.

PREGUNTAS O RECLAMOS ACERCA DE LA PRIVACIDAD Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A NOSOTROS. Si desea ejercer sus derechos establecidos en este aviso, si desea comunicarse con nosotros en relación con asuntos de privacidad, o si desea presentar un reclamo relacionado con asuntos de privacidad, puede escribirnos a la siguiente dirección:

MeridianHealth
Privacy Officer
300 S. Riverside Plaza, Suite 500
Chicago, IL 60606

También puede llamarnos al **866-821-2308**. No se lo sancionará por presentar un reclamo. Puede ver una copia de este aviso en nuestro sitio web **ilmeridian.com**.

Descargos de responsabilidad

MeridianHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MeridianHealth no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MeridianHealth:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas que no hablan inglés como idioma principal, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de quejas de Meridian Si considera que MeridianHealth no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante el coordinador de reclamos de Meridian. Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de quejas de Meridian está disponible para brindarle asistencia.

Correo: MeridianHealth
Attn: Grievance Coordinator
PO Box 44287
Detroit, MI 48244

Teléfono: 866-821-2308, (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

Fax: 833-669-1734

Correo electrónico: medicaidgrievances@mhplan.com

También puede presentar una queja relacionada con los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., en forma electrónica, a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono al número que figura a

continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

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

Los formularios para reclamos están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866-821-2308 (TTY: 711).

Polski (Polish): UWAGA:Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 866-821-2308 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 866-821-2308 (TTY: 711)。

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 866-821-2308 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog-Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 866-821-2308 (TTY: 711).

العربية (Arabic): اللغوية المساعدة خدمات فإن، العربية تتحدث كنت إذا: ملحوظة
بالمجان لك تتوافر
اتصل برقم (866-821-2308) رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны б е с п л а т н ы е услуги перевода. Звоните 866-821- 2308 (телетайп: 711).

ગજરાતી (Gujarati): ના: જો તમે રાતી બોલતા હો, તો નન:શબ્દુ ક ભાષા સહાય સય ગજ

સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 866-821-2308 (TTY: 711).

(Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب کریں کال - پیس 866-821-2308 (TTY: 711)۔

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 866-821-2308 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 866-821-2308 (TTY: 711).

ह दी (Hindi): ध्यान दें: यदद आप ह दी बोलते हैं तो आपके ललए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 866-821-2308 (TTY: 711) पर कॉल कर।

Français (French): ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 866-821-2308 (ATS : 711).

λληνικά (Greek): ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 866-821-2308 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 866-821-2308 (TTY: 711).

¿Necesita ayuda?

Llame a Servicios al miembro: **866-821-2308**.

Estamos disponibles de lunes a viernes, de 7 a.m. a 5:30 p.m.

Visite el sitio web de Meridian en **ilmeridian.com**

Inicio de sesión en My MHP (Portal para miembros)

My MHP está abierto solo para nuestros miembros y le permite administrar la información sobre su salud de manera fácil y segura. Puede utilizar My MHP para hacer lo siguiente:

- Obtener una tarjeta de identificación de reemplazo.
- Cambiar su dirección o número de teléfono.
- Solicitar un Manual para miembros.
- Buscar proveedores especializados en salud del comportamiento y otros especialistas en su área.
- Puede inscribirse en My MHP en línea, en **www.mhplan.com/il**.

También puede llamar a Servicios al miembro al **866-821-2308** para solicitar ayuda. Para inscribirse, necesitará su número de identificación de Medicaid.

Revisado: 2021/03/12

Aprobado por el estado: 2021/03/31

ILmeridian.com