



Certificado de Asistencia Médica de Servicios
Familiares y Atención Médica (HFS)

MeridianHealth Plan of Illinois, Inc.

Cómo utilizar el Certificado

Se debe leer detalladamente este Certificado. Muchas de las disposiciones que en este se incluyen 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 resolución de mutuo acuerdo entre MeridianHealth Plan, Inc. (el "Plan de salud") y el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica 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 afiliados a los planes de atención médica. Estos derechos abarcan los siguientes aspectos:

- qué visitas a la sala de emergencias serán pagadas por su plan de atención médica;
- cómo se puede acceder a los especialistas (tanto dentro como fuera de la red);
- cómo presentar quejas y apelar decisiones respecto del plan de atención médica (incluidas las revisiones externas independientes);
- cómo obtener información sobre su plan de atención médica, incluida la información general sobre los acuerdos financieros con los proveedores.

Lo invitamos a que revise estos temas y se familiarice con ellos y con el resto de la información respecto de los beneficios, que se incluye en la Hoja de trabajo de descripción de la cobertura. Dado que la Descripción de la cobertura no es un documento legal, para obtener 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 siguiente página. En caso de contradicciones entre su Descripción de la cobertura y el contrato o el certificado, prevalecerán los términos del contrato o el certificado.

Para obtener información y ayuda general, comuníquese con el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois llamando al 1-800-226-0768. Tenga en cuenta que el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica no podrá suministrar información específica sobre el plan. Si desea obtener este tipo de información, debe comunicarse directamente con su plan de atención médica.

Hoja de trabajo de descripción de la cobertura

Nombre del plan: MeridianHealth
Dirección: 300 S. Riverside Plaza, Suite 500
Chicago, IL 60606
Teléfono: (866) 606-3700

Categoría	Servicios	Descripción de la cobertura
Aspectos básicos	Su médico	Los Miembros deben elegir un Médico de atención primaria (PCP) en el momento de la afiliación. Se puede modificar esta opción llamando a Servicios al Miembro. Las mujeres pueden recibir servicios de cualquier Proveedor de atención médica para la mujer (WHCP) dentro de la red sin necesidad de que el PCP las derive.
	Deducible anual	Ninguna
	Gastos máximos de bolsillo	Ninguna. El Plan de salud no cobra copagos por servicios cubiertos.
	Beneficios máximos de por vida	Ninguna
	Limitaciones por enfermedades preexistentes	Ninguna

Categoría	Servicios	Descripción de la cobertura	El plan de atención médica cubre	Usted paga
En el Hospital	Número de días de atención al paciente hospitalizado	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 Médicamente necesarios y elegibles, incluidos los de laboratorio, radiología e insumos provistos por el hospital.	100 %	\$0
Atención de emergencia	Servicios de emergencia	Cuadro clínico 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 de la persona 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 proporcionados a un afiliado por un proveedor calificado en un hospital con licencia, que se determina que son Médicamente necesarios y están directamente relacionados con el Cuadro clínico de emergencia después de la estabilización.	100 %	\$0
En el consultorio del médico	Visitas al consultorio del médico	Médico de atención primaria y especialista	100 %	\$0
	Exámenes físicos de rutina	Servicios cubiertos	100 %	\$0
	Pruebas de diagnóstico y radiografías	Servicios cubiertos	100 %	\$0
	Vacunas	Servicios cubiertos	100 %	\$0
	Tratamiento y pruebas de	Servicios cubiertos	100 %	\$0

Categoría	Servicios	Descripción de la cobertura	El plan de atención médica cubre	Usted paga
	alergia			
	Medicina preventiva	Servicios cubiertos	100 %	\$0
Servicios médicos	Cirugía para pacientes ambulatorios	Servicios cubiertos	100 %	\$0
	Atención de maternidad Atención hospitalaria Atención médica	Servicios cubiertos Servicios cubiertos	100 % 100 %	\$0 \$0
	Servicios para la esterilidad	Servicios no cubiertos		
	Salud mental Pacientes ambulatorios Pacientes internados	Servicios cubiertos Servicios cubiertos	100 % 100 %	\$0 \$0
	Abuso de sustancias Pacientes ambulatorios Pacientes internados	Servicios cubiertos Servicios cubiertos	100 % 100 %	\$0 \$0
	Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Servicios cubiertos	100 %	\$0
Otros servicios	Centro de cuidados paliativos	Servicios cubiertos	100 %	\$0
	Atención médica en el hogar	Servicios cubiertos	100 %	\$0
	Medicamentos recetados	Servicios no cubiertos*		
	Servicios dentales	Servicios no cubiertos*		
	Cuidado de la visión	Servicios no cubiertos*		
	Traslado médico	Servicios cubiertos	100 %	\$0
	Enfermería especializada	Hasta 90 días de servicios e insumos provistos por el centro	100 %	\$0
	Equipos médicos duraderos	Servicios cubiertos; alquiler o compra según decisión del Plan de salud	100 %	\$0

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

Área de servicio

Los condados de Adams, Brown, Cook, Henry, Lee, Mercer, Pike, Rock Island y Scott, y otros condados según lo aprobado por el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois.

Exclusiones y limitaciones

Servicios de farmacia, dentales, de optometría, de cirugía estética electiva, de cuidado personal no especializado, servicios en un centro de enfermería a partir del nonagésimo primer (91) día, servicios de esterilidad y aborto provocado, excepto en la medida que la ley estatal lo permita.

Servicios e insumos no autorizados por el Proveedor de atención primaria que no sean una emergencia. Servicios que no sean Médicamente necesarios o se consideren experimentales, de investigación y/o educativos. Lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, o vacunas necesarias para un empleo.

Certificación previa y revisión de la utilización

Para la atención que no sea de emergencia, el Médico de atención primaria (“PCP”) del Miembro participa en todas las internaciones y las avala mediante la aprobación previa de todas las hospitalizaciones electivas, las cirugías para pacientes ambulatorios y los servicios especializados. Además de la aprobación previa por parte del Proveedor de atención primaria de todas las hospitalizaciones electivas, el Director médico del plan o el Representante del Departamento de Administración de la Utilización (“UM”) designado deben autorizar todas las hospitalizaciones. El Proveedor de atención primaria 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 Médicamente necesarios 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 dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la hospitalización de emergencia o dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a estar en condiciones de hacerlo. Los Servicios de emergencia que sean Médicamente necesarios tienen cobertura, independientemente de si los proporciona un Proveedor participante. Los Servicios médicos posteriores a la estabilización que sean Médicamente necesarios y provistos por un Proveedor no participante tienen cobertura, si el Plan de salud los aprueba con anterioridad o si no niega la aprobación para su prestación al cabo de una hora de que los Proveedores no participantes hayan intentado de buena fe obtener aprobación del Plan de salud para los servicios mencionados.

Selección del Proveedor de atención primaria (“PCP”)

Los Miembros deben elegir un Proveedor de atención primaria del directorio de proveedores disponible en el momento de la afiliación. El Proveedor de atención primaria del Miembro es responsable de brindar y coordinar la atención, aprobar las derivaciones a especialistas y brindar otros servicios. Los Miembros pueden cambiar de Proveedor de atención primaria llamando a Servicios al Miembro al 1-866-606-3500.

Acceso a la atención especializada

Un Miembro puede consultar a un Proveedor participante especialista para recibir servicios Médicamente necesarios si lo deriva su Proveedor de atención primaria. El Proveedor de atención primaria 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 acuerdos de derivaciones entre el PCP del Miembro y el especialista deseado, el Miembro tiene el 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.

Si el Proveedor de atención primaria del Miembro determina que la derivación a un especialista es adecuada para recibir servicios Médicamente necesarios y no se cuenta con un especialista calificado que sea un Proveedor participante, el Proveedor de atención primaria puede aprobar la derivación a un especialista que no sea un Proveedor participante, siempre que el especialista sea un Proveedor del Programa de Asistencia Médica de Illinois.

Además de un Proveedor de atención primaria, las mujeres afiliadas al plan pueden elegir como su Proveedor de atención médica para la mujer (“WHCP”) a un médico de medicina familiar o a un obstetra/ginecólogo que también sea un Proveedor participante. Después de esta selección, la afiliada puede consultar a su Proveedor de atención médica para la mujer designado para todos los servicios cubiertos, sin necesidad de ser derivada. Al solicitarse cualquier Proveedor de atención médica para la mujer, el Plan seguirá los procedimientos y protocolos de utilización y control de calidad para evaluar al WHCP como Proveedor de atención primaria.

Cobertura de Servicios fuera del área

La cobertura de Servicios fuera del área solo está disponible para la atención de emergencia. Una vez estabilizado el cuadro clínico, 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 dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a ser hospitalizado por una emergencia o dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a estar en condiciones de notificar al plan, 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, los deducibles y las 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 los Derechos del Paciente.

Continuidad del tratamiento

Sujeto a ciertas condiciones descritas más detalladamente en el Certificado, un Miembro nuevo que solicite un tratamiento continuo, o, si es mujer, que esté en el tercer trimestre de embarazo, puede pedir que se le permita seguir consultando a su médico especialista actual hasta noventa (90) días después de la fecha de vigencia de la cobertura en caso de un tratamiento continuo, y, en caso de embarazo, que se incluya la atención posparto directamente relacionada con el parto.

Sujeto a ciertas condiciones descritas más detalladamente en el Certificado, si el Proveedor participante de un Miembro actual se retira de la red del Plan de salud y ese proveedor le está administrando al Miembro actual un tratamiento continuo, o , si es mujer, está en el tercer trimestre de embarazo y el Proveedor participante le está brindando atención, el Miembro actual puede solicitar que se le permita seguir consultando a ese proveedor durante noventa (90) días a partir de la fecha en que el Plan de salud le notifique al Miembro que el proveedor se retira de la red del plan.

En cualquier caso, el proveedor debe estar de acuerdo con las políticas y los procedimientos de utilización y mejora de la calidad del plan, así como con el pago. Si el Miembro es nuevo en el Plan de salud, debe presentar su solicitud por escrito, y un Miembro actual debe hacer su pedido dentro del plazo de treinta (30) días de haber sido notificado de este servicio. El plan responderá por escrito dentro del plazo de quince (15) días de recibida la solicitud del Miembro; la respuesta incluirá la aprobación o el motivo específico por el que rechaza la solicitud.

Proceso de Quejas y Apelaciones

Todas las Quejas y Apelaciones se deben presentar primero ante el Plan de salud para su resolución, pero posteriormente se pueden apelar ante el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois. Por cuestiones administrativas, los Miembros pueden presentar sus Quejas por escrito o comunicarse con Servicios al Miembro. El Miembro recibirá una resolución a su Queja por correo postal, a menos que esta se maneje de forma verbal e informalmente. Si el Miembro no está conforme con la resolución, puede presentar una Queja de segundo nivel ante la Comisión de Quejas. El Miembro será notificado sobre la decisión de la Comisión. La información respecto de este proceso se incluirá en todas las comunicaciones que se envíen al Miembro.

Por cuestiones clínicas, los Miembros pueden apelar las decisiones, que serán evaluadas por un médico que no haya participado en la decisión original. Si hay una nueva Apelación, un médico independiente externo que tenga la misma especialidad que el proveedor de atención original la evaluará. El Miembro tiene derecho a participar en la selección del revisor independiente. En todas las Apelaciones, tanto el Miembro como el proveedor serán notificados por escrito en un plazo de tiempo que será determinado de acuerdo con la naturaleza de la Apelación, p. ej., acelerada o no acelerada. La información de cada paso de este proceso se incluirá en todas las comunicaciones que se envíen al Miembro.

Los Miembros pueden llamar al 1-866-606-3500 para recibir más información sobre el proceso de Apelación y solicitar un formulario de Queja.

Los Miembros que no estén conformes con la resolución de una Queja o una Apelación por parte del plan de atención médica pueden apelar la decisión final del plan ante el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois en el siguiente sitio:

Oficina de Audiencias Administrativas de HFS (HFS Bureau of Administrative Hearings)
401 South Clinton
6th Floor
Chicago, IL 60607
1-800-435-0774
TTY: 1-877-734-7429

También se pueden poner en contacto con el departamento por vía electrónica en la siguiente dirección:
<http://www.hfs.illinois.gov>

Para obtener un formulario de Queja o recibir ayuda para completarlo, el Miembro puede llamar sin cargo al Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois al 1-866-468-7543. TTY: 1-877-204-1012.

Nota: Las determinaciones externas en cuanto a las Quejas son apelables a través del Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois.

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

MeridianHealth
300 S. Riverside Plaza, Suite 500
Chicago, IL 60606
CERTIFICADO DE COBERTURA

MeridianHealth of Illinois, 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 _____, 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 dará comienzo en la fecha de vigencia que se indica a continuación.

Fecha de vigencia:

MeridianHealth Plan of Illinois, Inc.

Por: _____
Presidente y Gerente General

Fecha: _____

Índice del Certificado de cobertura

Sección I.	Definiciones.....	3
Sección II.	Elegibilidad y afiliación	5
Sección III.	Cese de la cobertura del Miembro.....	6
Sección IV.	Servicios y beneficios cubiertos.....	7
Sección V.	Continuidad de la atención	7
Sección VI.	Derivación permanente	9
Sección VII.	Relación de las partes	9
Sección VIII.	Indemnización laboral, seguro de responsabilidad civil del automóvil, Medicare y otra cobertura médica	10
Sección IX.	Subrogación.....	11
Sección X.	Programa de Administración de la Utilización.....	11
Sección XI.	Disposiciones generales.....	13
Sección XII.	Exclusiones y limitaciones generales.....	14
Anexo A	Esquema de servicios y beneficios cubiertos, limitaciones y exclusiones	16
Anexo B	Procedimiento administrativo de quejas	25
Anexo C	Departamento de Servicios al Miembro	28

MeridianHealth 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) la falta de respuesta a una apelación en tiempo y forma; y (vi) si el Plan de salud es la única organización de atención administrada contratada por el Departamento que presta servicios en un área rural, es el rechazo de la solicitud de un Miembro de obtener servicios fuera del área de contratación aprobada.
- 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, aunque no necesariamente, de larga duración y/o que frecuentemente reaparece y está siempre presente en mayor o menor medida. Las enfermedades 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, los Servicios y beneficios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones son aquellos beneficios, servicios e insumos que MeridianHealth 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 una persona que reúne los requisitos del Programa de Asistencia Médica, que es Miembro de una cobertura de asistencia médica y una Persona elegible.
- H. **“Fecha de 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. **“Cuadro clínico de emergencia”** es un cuadro clínico que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido, entre otros, el 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 de la persona 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.
- K. **“Servicios de emergencia”** son aquellos Servicios médicos cubiertos para pacientes internados y ambulatorios, incluidos los traslados necesarios para evaluar o estabilizar un Cuadro clínico de emergencia, que brinda un proveedor calificado para proporcionar estos servicios. La necesidad de servicios médicos relacionados con el embarazo, incluida la atención prenatal de rutina o el parto, aquellos que reciba una afiliada (Miembro) que viaje fuera del Área de servicio durante el tercer trimestre de embarazo en contra del consejo médico no se considerarán una emergencia, excepto cuando esa persona se encuentre fuera del Área de servicio por circunstancias que son 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 en 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, insumos, productos, remedios, vacunas, productos biológicos, medicamentos, productos farmacéuticos o compuestos químicos si, según lo determinado exclusivamente por el Plan de salud: el medicamento o el dispositivo no se pueden comercializar lícitamente sin la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU., y la aprobación para su comercialización no se ha otorgado al momento de la provisión del medicamento o el dispositivo; o

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, la terapia, 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 una revisión o aprobación de ese tipo; o

la Evidencia confiable (tal como se define 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 enfermedad en cuestión mediante el uso de metodologías o prácticas estadísticas científicas, médicas o de salud pública generalmente aceptadas; o

la Evidencia confiable indica que el medicamento, el dispositivo, la terapia, el tratamiento médico o el procedimiento es objeto de estudios clínicos de fase I o fase II actualmente en curso; es la rama de investigación, experimental, del estudio o en fase de investigación de estudios clínicos de fase III actualmente en curso; o que de otro modo está en estudio para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia o eficacia en comparación con los medios estándares de tratamiento o diagnóstico; o

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 estudios 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 las reclamaciones, respecto de 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, y que está aprobada por la Comisión Conjunta sobre Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations o JCAHO, por sus siglas en inglés), la Asociación Americana de Osteopatía (American Osteopathic Association o AOA, por sus siglas en inglés) o por el programa Medicare.
- R. **“Programa de Asistencia Médica”** es el Programa de Asistencia Médica de 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. **“Medicamento necesario”** significa que un servicio, insumo o medicamento es adecuado y cumple con las normas del ejercicio correcto de la medicina en la comunidad médica para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta, la prevención de enfermedades en el futuro, para darle al Miembro la posibilidad de que logre, mantenga o recupere la capacidad funcional, o para que logre el crecimiento adecuado para la edad, según lo determine el proveedor de acuerdo con las pautas, las políticas y/o los procedimientos del Plan de salud.
- 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 que, en el momento de brindar o recetar Servicios cubiertos a un Miembro, ha celebrado un contrato de manera directa o indirecta con el Plan de salud para prestar y/o coordinar los Servicios cubiertos, 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. **“Proveedor participante”** es un proveedor, grupo médico, Hospital, Centro de enfermería calificado, organismo 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 los 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.
- Y. **“Médico”** es una persona que cuenta con licencia en conformidad con la Ley de Ejercicio de la Medicina de 1987.
- Z. **“Servicios posteriores a la estabilización”** son los servicios Medicamento necesarios que no son de emergencia y que se brindan a un Miembro después de que este ha sido estabilizado, con el fin de mantener esa situación estable, después de un Cuadro clínico de emergencia.

- AA. **“Proveedor de atención primaria”** 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.
- BB. **“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 en conformidad con el cual el Miembro está afiliado.
- CC. **“Terapia de rehabilitación a corto plazo”** es la terapia de rehabilitación que está limitada al tratamiento de afecciones sujetas a mejorías clínicas considerables dentro del plazo de dos (2) meses a partir del primer día de atención, tal como lo determinan con antelación 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.
- DD. **“Atención de enfermería especializada”** se refiere a los Servicios cubiertos que solo pueden ser provistos o supervisados por personal de enfermería con licencia.
- EE. **“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.
- FF. **“Médico de atención especializada”** es un médico que brinda cierta atención médica especializada después de la derivación del Médico de atención primaria de un Miembro, y que actualmente está inscrito como proveedor del Programa de Asistencia Médica y está autorizado por el Plan de salud.
- GG. **“Estabilización o estabilizado”** significa, con respecto al Cuadro clínico 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 del cuadro por el alta o el traslado a otro centro.
- HH. **“Gasto habitual y acostumbrado”** es el gasto 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 duda 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.
- II. **“Proveedor de atención médica para la mujer”** (WHCP, por sus siglas en inglés) 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 el 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 será voluntaria.
 - 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 45 días a partir de la fecha de nacimiento quedará afiliado automáticamente al Plan de salud si la madre es la beneficiaria del servicio y está afiliada al Plan de salud en el momento del nacimiento. La Fecha de vigencia de la afiliación será la fecha de nacimiento del niño. Los recién nacidos incorporados a una cobertura de asistencia médica después de transcurridos 45 días del nacimiento también serán afiliados automáticamente al Plan de salud si la madre es la beneficiaria o si todos los miembros del servicio están afiliados al Plan de salud. La Fecha de vigencia de la cobertura será prospectiva, según lo determina el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois.
 - 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 inscripción 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 cancelar su afiliación en cualquier momento en conformidad con los procedimientos establecidos por el Departamento. Toda Persona elegible será notificada en el momento de la afiliación, y una vez al año a partir de entonces, sobre su derecho a dar de baja la afiliación voluntariamente en cualquier momento.
- 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 una copia de este Certificado a cada Miembro al momento de la afiliación, y anualmente si se solicita.
- 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. CESE DE LA COBERTURA DEL MIEMBRO

- A. **Cese de la cobertura**
A excepción de lo expresamente establecido en este Certificado, el Plan de salud puede procurar que los servicios del Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois den de baja la cobertura de un Miembro en conformidad con este Certificado, tal como se indica a continuación:
- 1) Si un Miembro permite que cualquier otra persona utilice su tarjeta de identificación del Plan de salud o la de cualquier otro Miembro, o si utiliza la tarjeta de identificación del Plan de salud de otra persona, el Plan de salud puede revocar la tarjeta y cancelarse la elegibilidad del Miembro para recibir cobertura. La cobertura del Miembro será dada de baja mediante una notificación por escrito al Miembro o quedará anulada de manera retroactiva a la fecha del uso no autorizado de la tarjeta de identificación del Plan de salud. El Miembro será responsable ante el Plan de salud de todos los costos en los que se incurra como consecuencia del uso indebido de la tarjeta de identificación o, si los costos reales no pudieran determinarse, de los Gastos habituales y acostumbrados de tales servicios o beneficios.
 - 2) Si los Proveedores participantes no pueden establecer o mantener una relación satisfactoria proveedor-paciente con un Miembro después de intentarlo de manera reiterada y persistente, la elegibilidad del Miembro para recibir cobertura puede ser cancelada, y su cobertura finalizará mediante notificación por escrito al Miembro, con un plazo de preaviso de al menos treinta y un (31) días, en la que se le informará que el Plan de salud considera que esa relación proveedor-paciente no es satisfactoria, siempre y cuando: (a) el Miembro se haya negado reiteradamente a seguir el tratamiento indicado por el Proveedor participante y (b) de buena fe el Plan de salud le haya dado al Miembro la posibilidad de elegir a un Proveedor participante alternativo. Más motivos para el cese de la cobertura de un Miembro incluyen, entre otros, el comportamiento abusivo o perturbador en el consultorio de un Médico y la obtención de servicios por parte de un Miembro de un modo que perjudique la capacidad del Proveedor de atención primaria de coordinar la atención del Miembro.
 - 3) Si un Miembro comete una infracción material de los términos de este Certificado, su cobertura puede cesar mediante notificación por escrito al Miembro con un plazo de preaviso de al menos treinta y un (31) días.
 - 4) A menos que en este documento se establezca lo contrario, si un Miembro deja de ser una Persona elegible, la cobertura cesará, lo que entrará en vigencia al día siguiente de la fecha en que finalice la elegibilidad.

La cobertura en conformidad con este Certificado no será dada de baja sobre la base del estado de salud de un Miembro o porque este haya hecho uso del Procedimiento de quejas del Plan de salud.

- B. **Reincorporación**
Un Miembro no será reincorporado automáticamente al Plan si el Departamento da de baja su cobertura con justa causa.

Si se da de baja 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 membresía 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 cesar la cobertura en conformidad con este Certificado y durante el período de dos (2) años después del cese, el Miembro puede solicitar un Certificado de cobertura acreditable al Departamento llamando al 1-888-281-8497.

SECCIÓN IV. SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS

Cada Miembro elegirá, o en su nombre se elegirá, un Proveedor de atención primaria 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 Proveedor de atención primaria, todos los miembros de sexo femenino pueden elegir un Proveedor de atención médica para la mujer (WHCP) con un acuerdo de derivación con su Proveedor de atención primaria, si así lo desean. No es obligatorio tener o elegir a un Proveedor de atención médica para la mujer, pero la opción está a disposición de los miembros de sexo femenino. Si un Miembro recibe servicios por medio de un Médico o proveedor de atención médica que no sea su Proveedor de atención primaria, y si tales servicios no hubieran sido ordenados por este último ni autorizados por el Plan de salud, estos 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 solicitados antes del día 15 del mes entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente. Los cambios realizados después del día 15 del mes entrarán en vigencia dentro del plazo de treinta (30) días a partir de la solicitud.

A excepción de los servicios de planificación familiar o los casos de emergencia, un Miembro recibirá los Servicios cubiertos de Proveedores participantes, incluidos los servicios médicos, quirúrgicos, de diagnóstico, terapéuticos y preventivos según se establece en el Anexo A, que se consideren Médicamente necesarios y sean proporcionados, recetados, indicados u ordenados por un Proveedor de atención primaria del Miembro o un Proveedor de atención médica para la mujer (WHCP), dentro del ámbito de la práctica, la experiencia y la capacitación de este proveedor.

Cuando un Proveedor de atención primaria, un Proveedor de atención médica para la mujer u otro Proveedor participante, después de la derivación del Proveedor de atención primaria, determinen que los servicios son Médicamente necesarios y le notifiquen 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 en conformidad con el Contrato. Esta disposición no excluye el derecho del médico a apelar en 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 especializado 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 de este último servicio. Asimismo, el Plan de salud puede limitar la cobertura para el cuidado como paciente internado, incluso si esto significa extender el beneficio para el paciente internado más allá de lo estipulado en este Certificado.

Para que un tratamiento, servicio o insumo propuesto se considere un Servicio cubierto, ese tratamiento, servicio o insumo debe ser Médicamente necesario (consulte la definición en la Sección I, punto T). Un tratamiento, servicio o insumo propuesto no es Médicamente necesario ni tampoco es un Servicio cubierto simplemente porque un Médico o un Proveedor participante recete, ordene, recomiende o apruebe el servicio o el insumo. Además, los requisitos de Necesidad médica se aplican a todos los tratamientos, servicios o insumos 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 insumo propuesto no se considerará un Servicio cubierto cuando no sea Médicamente necesario, 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 de Asistencia Médica. El Plan de salud mantendrá indemne al Miembro de toda responsabilidad financiera por los servicios que, de manera retroactiva, se consideren Médicamente innecesarios, 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 Proveedor de atención primaria 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 dar de baja este Certificado según se establece en el presente, y el Miembro no tendrá un derecho adquirido en la cobertura continua en conformidad con este Certificado o con respecto a algún Servicio cubierto.

El Plan de salud no cubrirá los servicios prestados a un Miembro si este consulta a un profesional médico sin la derivación de su Médico de atención primaria o Proveedor de atención médica para la mujer (WHCP), y no cuenta con autorización del Plan de salud, excepto en una emergencia. El Plan de salud permite que un Miembro reciba servicios de salud del comportamiento y de abuso de sustancias sin derivación del Médico de atención primaria o Proveedor de atención médica para la mujer (WHCP).

SECCIÓN V. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

A. **Miembros nuevos**

Hay dos situaciones en las que un miembro nuevo tiene la opción de seguir consultando, por un período de tiempo limitado, a un médico que no sea un Proveedor participante. La primera es aquella en la que, a la fecha de la entrada en vigencia de la cobertura, un Miembro nuevo estaba recibiendo un tratamiento continuo que no es un Proveedor participante. Un tratamiento continuo es un tratamiento para una afección o enfermedad que exige servicios de atención médica reiterados en conformidad con un plan de tratamiento de ese médico, debido a la posibilidad de cambios en el régimen terapéutico. La segunda situación es aquella en la que, a la fecha de la entrada en vigencia de la cobertura, un Miembro nuevo de sexo femenino está en el tercer trimestre de embarazo y ha estado recibiendo atención prenatal de un médico que no es un Proveedor participante. El Plan de salud le notificará a los Miembros nuevos sobre esta opción. Para utilizar la opción, el Miembro nuevo debe solicitar por escrito la aprobación del plan.

El Plan de salud aprobará la solicitud de un Miembro nuevo para usar esta opción si el Proveedor del cual el Miembro nuevo desea seguir recibiendo atención cumple las siguientes condiciones:

- El Proveedor se encuentra dentro del Área de servicio del Plan de salud.
- El Proveedor cumple con las normas de acreditación del Plan de salud.
- El Proveedor es un proveedor del Plan de Asistencia Médica.
- El Proveedor acuerda seguir los procedimientos y las políticas del Plan de salud, lo que incluye aceptar las tarifas de reembolso según el esquema tarifario del Programa de Asistencia Médica vigente en ese momento, cumplir los requisitos de control de calidad, proporcionar datos sobre las visitas del paciente y otros datos clínicos tal como lo exigen los Médicos participantes, y observar las políticas y los procedimientos de utilización.
- El Proveedor completa y devuelve el formulario correspondiente al Plan de salud dentro del plazo de catorce (14) días a partir de la fecha en que el Plan de salud reciba la solicitud del Miembro, en la cual indica que acepta seguir las políticas y los procedimientos del Plan de salud.

Dentro del plazo de quince (15) días después de haber recibido la solicitud del Miembro nuevo, el Plan de salud le notificará por escrito si la solicitud fue aprobada o rechazada. En esa notificación se establecerán los motivos específicos del rechazo. Si un Miembro nuevo está recibiendo un tratamiento continuo y obtiene la aprobación del Plan de salud para utilizar esta opción, podrá continuar consultando al médico para recibir ese tratamiento, hasta tanto ocurra la primera de las siguientes situaciones: (a) concluya el período de noventa (90) días que comienza en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, o (b) el proveedor deje de cumplir las condiciones antes mencionadas. Si un Miembro nuevo de sexo femenino en su tercer trimestre de embarazo recibe la aprobación del Plan de salud para utilizar esta opción, podrá seguir consultando al médico para que le brinde atención relacionada con el embarazo, incluida la atención posparto directamente relacionada con el parto hasta que el proveedor deje de cumplir las condiciones mencionadas anteriormente.

B. **Miembros actuales**

Hay dos situaciones en las que un Miembro actual que haya sido notificado de que su Proveedor participante ya no pertenece a la red puede continuar consultándolo por un período de tiempo limitado. La primera es aquella en la que, a la fecha de la finalización del contrato del proveedor, un Miembro actual estaba recibiendo un tratamiento continuo administrado por ese médico. Un tratamiento continuo es un tratamiento para una afección o enfermedad que exige servicios de atención médica reiterados en conformidad con un plan de tratamiento de ese médico, debido a la posibilidad de cambios en el régimen terapéutico. La segunda situación es aquella en la que, a la fecha de la finalización del contrato del proveedor, un Miembro actual de sexo femenino en su tercer trimestre de embarazo haya estado recibiendo atención prenatal de ese médico. Un Miembro actual debe solicitar por escrito la aprobación del plan para utilizar esta opción dentro del plazo de treinta (30) días de haber sido notificado de que el proveedor ya no pertenece a la red.

El Plan de salud aprobará la solicitud de un Miembro actual para usar esta opción si el Proveedor que el Miembro nuevo desea que le siga brindando atención cumple las siguientes condiciones:

- El contrato del Proveedor haya concluido por motivos que no se relacionen con una sanción disciplinaria definitiva del Estado de Illinois ni con cuestiones de calidad de la atención.
- El Proveedor siga estando dentro del Área de servicio del Plan de salud.
- El Proveedor siga cumpliendo las normas de acreditación del Plan de salud.
- El Proveedor siga siendo un proveedor del Plan de Asistencia Médica.
- El Proveedor acuerde continuar siguiendo los procedimientos y las políticas del Plan de salud, lo que incluye aceptar las tarifas de reembolso según el esquema tarifario del Programa de Asistencia Médica vigente en ese momento, cumplir los requisitos de control de calidad, proporcionar datos sobre las visitas del paciente y otros datos clínicos tal como lo exige el Proveedor participante, y observar las políticas y los procedimientos de utilización.
- El Proveedor complete y devuelva el formulario correspondiente al Plan de salud dentro del plazo de catorce (14) días a partir de la fecha en que el Plan de salud reciba la solicitud del Miembro, e indique que acepta continuar siguiendo las políticas y los procedimientos del Plan de salud.

Dentro del plazo de quince (15) días después de haber recibido la solicitud del Miembro actual, el Plan de salud le notificará por escrito si la solicitud fue aprobada o rechazada. En esa notificación se establecerán los motivos

específicos del rechazo. Si un Miembro actual está recibiendo un tratamiento continuo y obtiene la aprobación del Plan de salud para utilizar esta opción, podrá continuar consultando al proveedor para recibir ese tratamiento hasta tanto ocurra la primera de las siguientes situaciones: (a) concluya el período de noventa (90) días que comienza en la fecha en la que el Miembro es notificado de que el Proveedor participante deja la red, o (b) el proveedor deje de cumplir las condiciones antes mencionadas. Si un Miembro actual de sexo femenino en su tercer trimestre de embarazo recibe la aprobación del Plan de salud para utilizar esta opción, podrá continuar consultando al proveedor para que le brinde atención relacionada con el embarazo hasta la primera visita al consultorio después del parto o hasta que el proveedor deje de cumplir las condiciones mencionadas anteriormente, lo que ocurra primero.

SECCIÓN VI. DERIVACIÓN PERMANENTE

Conforme a la Sección IV y al Anexo A, Sección I, un Miembro debe ser derivado por su Proveedor de atención primaria o su Proveedor de atención médica para la mujer (WHCP) antes de consultar a cualquier otro profesional médico o de recibir atención de este, excepto en una emergencia. Sin embargo, el Plan de salud puede aprobar una derivación permanente si el Miembro se lo solicita a su Proveedor de atención primaria o a su Proveedor de atención médica para la mujer (WHCP), si uno de estos proveedores le proporciona al Miembro una derivación a un Proveedor participante en conformidad con la Sección IV, y si el Proveedor de atención primaria determina, en consulta con el Proveedor participante, que la enfermedad del Miembro requiere que este reciba atención continua de un profesional médico que no sea el Proveedor de atención primaria. Si se aprueba una derivación permanente, el Miembro no necesita solicitar una derivación adicional para cada visita al Proveedor participante que figura en la derivación permanente mientras dure el período de derivación. El período de derivación se establecerá en la derivación por escrito, y no se extenderá más allá del tiempo necesario para que el Proveedor participante proporcione el tratamiento indicado en la derivación o por más de un (1) año a partir de la fecha de aprobación de la derivación permanente, lo que ocurra primero. La derivación caducará de inmediato si el Proveedor participante que figura en la derivación permanente deja de pertenecer a la red del Plan de salud. En ese caso, el Miembro tendrá que conseguir una nueva derivación de su Proveedor de atención primaria antes de recibir atención adicional.

Para solicitar una derivación permanente, el Miembro debe presentar a su Proveedor de atención primaria una solicitud por escrito que contenga la siguiente información:

- el nombre del Miembro y el número de identificación del Plan de salud que figura en la tarjeta de identificación del Miembro;
- el diagnóstico del Proveedor participante sobre la enfermedad del Miembro;
- el tratamiento recomendado por el Proveedor participante;
- una declaración respecto de la cantidad de tiempo que demandará completar el tratamiento;
- el nombre y la dirección del Proveedor participante en letra de imprenta, y su número de teléfono; y
- la firma del Proveedor participante.

El Plan de salud no rechazará solicitudes si no se presenta toda la información antes mencionada, sin tratar antes de ayudar al Miembro para que la obtenga. Si el Plan de salud aprueba la solicitud del Miembro, su Proveedor de atención primaria proporcionará una derivación permanente por escrito en la que figurará el nombre del Proveedor participante al que el Miembro es derivado, los servicios autorizados por la derivación permanente y el período de derivación. Si se aprueba una derivación permanente, el Miembro será derivado a un Proveedor participante con quien su Proveedor de atención primaria tenga un acuerdo de derivación. Si no hay un Proveedor participante que tenga un acuerdo de derivación con el Proveedor de atención primaria, este último proporcionará una derivación permanente para un Proveedor participante que no tenga un acuerdo de derivación con el Proveedor de atención primaria del Miembro. Si se dispone de un Proveedor participante con quien el Proveedor de atención primaria tiene un acuerdo de derivación, pero el Miembro desea recibir atención continua de un Proveedor participante que no tiene un acuerdo de derivación con su Proveedor de atención primaria designado, el Miembro puede optar por cambiar su Proveedor de atención primaria (siguiendo los procedimientos descritos en la Sección IV) a uno que tenga un acuerdo de derivación con el Proveedor participante. Si la solicitud de derivación permanente del Miembro es rechazada por el Plan de salud, el Miembro puede apelar esta decisión por medio de un proceso de revisión externa independiente descrito en la Sección X, punto D.

El Proveedor de atención primaria del Miembro seguirá coordinando su atención. Además, el Proveedor participante no podrá derivar al Miembro a otros profesionales médicos. El Miembro debe solicitarle a su Proveedor de atención primaria las derivaciones adicionales a otros profesionales de la salud.

SECCIÓN VII. RELACIÓN DE LAS PARTES

A. 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 profesional en el desempeño de sus tareas, y que surjan a raíz del tratamiento del Miembro.

B. 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 le notificará al Miembro para que elija un nuevo Proveedor participante. Si el Miembro no ha elegido un nuevo Proveedor participante dentro del plazo de treinta (30) días a partir de la notificación, el Plan de salud escogerá 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 el o los tratamientos o procedimientos indicados puede dar lugar al cese de su cobertura en conformidad con la Sección III, Cese de la cobertura del Miembro. Sin embargo, antes del cese, el Plan de salud le dará al Miembro la posibilidad de elegir un Proveedor de atención primaria 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. Sin embargo, el Plan de salud notificará a todos los Miembros con 60 días de antelación sobre la rescisión del contrato de cualquier Proveedor de atención primaria que el Miembro haya consultado con anterioridad, siempre que el Plan de salud reciba notificación pertinente del mencionado proveedor. Si el Plan de salud recibe notificación del proveedor con menos de 60 días de antelación, notificará de inmediato al Miembro sobre tal rescisión.

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, de manera retroactiva, se consideren Médicamente innecesarios, a menos que el Miembro haya cometido fraude.

SECCIÓN VIII. SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO Y DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRA TERCEROS, MEDICARE Y OTRA COBERTURA MÉDICA

A. Indemnización laboral y seguro de responsabilidad civil contra terceros

Los beneficios en conformidad con este Certificado no tienen como fin duplicar ningún beneficio para el cual los Miembros sean elegibles en virtud del Seguro de indemnización por accidentes de trabajo o de responsabilidad civil contra terceros. Todas las sumas pagaderas conforme a este seguro 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 a ningún requisito de cobertura en virtud del Seguro de indemnización por accidentes de trabajo y de responsabilidad civil contra terceros, ni tampoco tendrá influencia alguna sobre ellos. El hecho de que un Miembro no trate de ejercer sus derechos de indemnización por accidentes de trabajo ni de obtener beneficios en virtud del seguro contra terceros (si están vigentes) o la renuncia a esos derechos o beneficios se considerarán una infracción a esta disposición.

B. 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.

C. 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 es siempre la cobertura principal, que, al igual que el Programa de Asistencia Médica, siempre es la cobertura de último recurso.

D. 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 de Medicare, tan pronto como sea posible en los casos en que Medicare sea el pagador principal.

SECCIÓN IX. 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 pague. Si no se pudiera determinar el importe real, se considerarán los Gastos 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 Gastos habituales y acostumbrados que correspondan a los servicios provistos por el Plan de salud. 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 brindar ayuda, y firmar los documentos 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 X. 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 Proveedor de atención primaria del Miembro o del Proveedor de atención médica para la mujer (WHCP) y la autorización del Plan de salud para todas las derivaciones a otros proveedores de atención médica, incluidos los Proveedores participantes y las consultas 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. servicios de 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. equipos médicos duraderos;
9. servicios relacionados con el alcoholismo y la drogadicción;
10. servicios de todos los Proveedores no participantes, excepto en caso de una emergencia.

B. El Programa

En virtud del Programa de Administración de la Utilización, el Plan de salud revisará la determinación del Médico de atención primaria y del Proveedor de atención médica para la mujer (WHCP) en cuanto a que los servicios sean Médicamente necesarios. Los factores que se tendrán en cuenta incluyen, entre otros, los siguientes:

1. si el nivel y/o el lugar de atención recomendados son Médicamente necesarios;
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 Médicamente necesaria y/o adecuada desde el punto de vista médico.

El Plan de salud utilizará, conjuntamente con el Proveedor de atención primaria o el Proveedor de atención médica para la mujer (WHCP), una serie de pasos para tomar estas determinaciones, que incluyen, entre otros: la revisión previa a la admisión, la revisión de la admisión, la revisión de la hospitalización continua y la administración de casos.

C. **Apelaciones**

Un Miembro puede apelar la determinación del Plan de salud de denegar las derivaciones, la aprobación previa o la cobertura de servicios médicos. Puede ser el Miembro o un representante personal, como un médico o un tutor, el que presente una apelación por escrito o verbalmente, lo que se debe realizar dentro del plazo de 90 días a partir de la fecha de la notificación de la medida.

(1) Revisión acelerada. Cuando el hecho de no recibir un servicio o tratamiento médico que sea objeto de la apelación pudiera aumentar significativamente el riesgo para la salud del afiliado, o cuando el objeto de la apelación sea un servicio o un tratamiento médico que se proporcionará como parte de un tratamiento continuo, la apelación se puede presentar verbalmente o por escrito dentro de las veinticuatro (24) horas de la recepción de una determinación adversa.

Dentro de las veinticuatro (24) horas de la recepción de la apelación del Miembro, el Plan de salud revisará la reclamación en una etapa preliminar y notificará a la persona que presenta la apelación sobre cualquier información adicional que sea necesaria para evaluar la apelación. La persona que presenta la apelación debe proporcionar la información adicional solicitada, o bien pedir más tiempo para suministrarla. Dentro del lapso de veinticuatro (24) horas de la recepción de toda la información necesaria, el Plan de salud tomará una decisión con respecto a la apelación y notificará verbalmente a la persona que la presenta, al Miembro, a su Proveedor de atención primaria (PCP) y al proveedor que recomienda el servicio o el tratamiento médico que es objeto de la apelación. Posteriormente, el Plan de salud informará la decisión por escrito al Miembro, que incluirá (a) las razones claras y detalladas para la determinación, (b) el criterio médico o clínico para la determinación y, (c) si se trata de una decisión adversa, los procedimientos para solicitar una revisión externa independiente.

(2) Revisión no acelerada. Todas las demás apelaciones de determinaciones adversas por parte del Plan de salud que se relacionen con una derivación, una aprobación previa o la cobertura de un servicio médico (es decir, cuando el hecho de no recibir un servicio o tratamiento médico que es objeto de la apelación no aumente considerablemente el riesgo para la salud del afiliado, según lo determine el Proveedor del Miembro) se deben presentar al Plan de salud por escrito. Dentro de los tres (3) días hábiles de la recepción de la apelación, el Plan de salud notificará a la persona que la presenta sobre cualquier información adicional necesaria para su procesamiento. Tanto el Plan de salud como el Miembro conservan el derecho a solicitar una extensión de 14 días para obtener más información relacionada con la apelación, si tal extensión es lo más conveniente para el Miembro que presenta la apelación.

La persona que presenta la apelación debe proporcionar la información adicional solicitada, o bien pedir más tiempo para suministrarla. El Plan de salud tomará una decisión sobre la apelación dentro de los 15 días de la recepción de toda la información solicitada. Dentro de los 5 días a partir de la decisión, el Plan de salud notificará la decisión verbalmente y por escrito al Miembro, a su Proveedor de atención primaria (PCP), así como a todos los demás proveedores que tengan relación con la apelación. La decisión por escrito del Plan de salud incluirá (a) las razones claras y detalladas para la determinación, (b) el criterio médico o clínico para la determinación y, (c) si se trata de una decisión adversa, los procedimientos para solicitar una revisión externa independiente.

Durante la apelación, la atención o la atención propuesta no se interrumpirán y, si el resultado de la apelación es favorable, se dará cobertura a la atención, sujeto a otras disposiciones del Certificado. Si el resultado de la apelación no es favorable y el Miembro aceptó pagar los servicios no cubiertos antes de su prestación, será financieramente responsable de esa atención. La obligación del Plan de salud para con el Miembro con respecto al servicio o al tratamiento médico que es objeto de la apelación finalizará si el Miembro y/o la persona que presenta la apelación en su nombre no prosiguen con la apelación o no responden las solicitudes de información adicional en tiempo y forma.

D. **Revisión externa independiente**

Si un Miembro recibe una determinación adversa de una apelación presentada conforme a la Sección X, punto C, el Miembro o su representante personal autorizado por escrito podrán solicitar, por escrito, una revisión externa independiente (la "revisión") dentro de los treinta (30) días de recibida esta determinación. El Miembro tendrá derecho a apelar una negativa a la revisión externa independiente en conformidad con el Proceso de audiencia justa del Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois. Dentro de los treinta (30) días de recibida la solicitud por escrito, el Plan de salud le proporcionará al Miembro los nombres de dos organizaciones de revisión independiente. El Miembro puede elegir una de estas para que tramite su apelación. Todos los revisores independientes: (1) deben ser médicos certificados por una junta que se desempeñen activamente en la práctica clínica, (2) no tendrán un interés financiero directo en el caso y (3) no sabrán la identidad del Miembro. El revisor independiente tomará una decisión dentro de los cinco (5) días de recibida toda la información solicitada. El Plan de salud notificará al Miembro sobre la decisión dentro de los cinco (5) días hábiles a partir de la decisión del revisor. El Plan de salud pagará los gastos en los que el revisor independiente incurra.

Si la apelación fuese acelerada en conformidad con la Sección X anterior, el Miembro debe solicitar una revisión de la determinación adversa y proporcionar toda la información necesaria para llevar a cabo esa revisión. El revisor independiente tomará una decisión dentro de las veinticuatro (24) horas de recibida toda la información que, a su exclusivo criterio, sea necesaria para evaluar la apelación. En el caso de las apelaciones no aceleradas en conformidad con la Sección X anterior que contengan toda la información necesaria para su evaluación, el Plan de salud acusará recibo de la solicitud de revisión dentro de los treinta (30) días de su recepción, proporcionará al

Miembro los procedimientos para elegir una de dos organizaciones de revisión independientes y enviará toda la información médica y la de respaldo necesaria al revisor independiente. Dentro de los cinco (5) días de recibida toda la información necesaria, el revisor independiente tomará una decisión. El plan le informará al Miembro sobre la decisión dentro de los cinco (5) días hábiles. Si el revisor independiente determina que los servicios médicos que son objeto de la apelación son Médicamente necesarios, el Plan de salud pagará los servicios médicos cubiertos.

El Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois nos exige que le informemos a usted que, si no está satisfecho con la determinación del revisor independiente, puede solicitar la revisión del Departamento. Puede enviar su solicitud de revisión a la Oficina de Audiencias Administrativas de HFS (HFS Bureau of Administrative Hearings), 401 South Clinton, 6th Floor, Chicago, IL 60607; (teléfono) 1-800-435-0774, (TTY) 1-877-734-7429.

E. Uso de información 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 otras personas que participen en la atención clínica del paciente.

SECCIÓN XI. DISPOSICIONES GENERALES

A. Integridad del Certificado

Este Certificado y los anexos que incluye, así como las solicitudes y cuestionarios personales del Miembro, si corresponde, constituyen el acuerdo íntegro entre las partes a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, y reemplaza todos los 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 Gastos habituales y acostumbrados de tales servicios o beneficios. Además, la cobertura del Miembro puede ser dada de baja 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 en conformidad con el Certificado, el Miembro presta 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 el examen y la copia de 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 de proveedor y 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. Un Miembro puede presentar una reclamación ante el Plan de salud enviando las facturas de los proveedores por los servicios de atención 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 el Miembro esté pidiendo 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:

MeridianHealth
300 S. 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. Quejas del Miembro

El Miembro puede pedir que se resuelva una Queja de acuerdo con el Procedimiento administrativo de quejas del Miembro del Plan de salud. En el Anexo B se adjunta una copia del procedimiento mencionado. Tal como se describe más detalladamente en el Procedimiento administrativo de quejas del Miembro del Anexo B, el Plan de salud le dará al Miembro la siguiente notificación con cualquier determinación por escrito que haya tomado la Comisión de Apelaciones y Quejas:

El Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois nos exige que le informemos a usted que, si no está satisfecho con la determinación de la Comisión de Apelaciones y Quejas, puede solicitar la revisión de los Servicios Familiares y Atención Médica. Puede enviar su solicitud de revisión a la Oficina de Audiencias Administrativas de HFS (HFS Bureau of Administrative Hearings), 401 South Clinton, 6th Floor, Chicago, IL 60607; (teléfono) 1-800-435-0774, (TTY) 1-877-734-7429.

J. 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.

K. Errores administrativos

Los errores administrativos, ya sean del Grupo o del Plan de salud, en el 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 haya cesado con legitimidad.

L. 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.

M. Enmiendas

Este Certificado estará sujeto a enmiendas o modificaciones mediante la notificación por escrito al Miembro en el momento en que el Plan de salud enmiende o modifique todos los demás certificados con el Número de formulario: MHP-ILCERT2008. 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 son legalmente capaces de la contratación y prestan su acuerdo a todos los términos, las condiciones y las disposiciones del presente documento.

SECCIÓN XII. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES

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

1. servicios de farmacia;
2. artículos o servicios para la comodidad personal;
3. servicios de cuidado personal no especializados;
4. 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;
5. tratamientos cubiertos por la indemnización por accidentes de trabajo;
6. tratamientos cubiertos por los programas del gobierno federal o el estatal en los que el Departamento de Servicios Familiares y de Atención Médica de Illinois no tenga obligación de pagar por esos servicios conforme al Programa de Asistencia Médica Estatal;
7. servicios médicos que se presten, incluidos aquellos relacionados con el embarazo, después de la fecha de cese de la cobertura del Miembro;
8. cirugía, tratamiento o atención dental, a excepción de los servicios limitados elegidos para adultos mayores de 21 años según lo aprobado por HFS, o la hospitalización para servicio dental en caso de traumatismo o cuando esté relacionada con una enfermedad o desintoxicación médica aguda;
9. aborto voluntario;
10. procedimientos terapéuticos y/o de diagnóstico, y servicios relacionados con la esterilidad; tratamiento para la esterilidad, 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;
11. entrenamiento y modificación del comportamiento, incluida 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;

12. suplementos alimentarios que no sean Médicamente necesarios;
13. ejercicios, membresías a gimnasios, autoayuda, equipos de higiene y embellecimiento;
14. 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;
15. medicamentos para mejorar el desempeño atlético;
16. atención relacionada con el servicio militar, atención para las discapacidades y enfermedades relacionadas con el servicio militar a las que el Miembro tenga derecho legal y en los centros en el Área de servicio;
17. 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 Médicamente necesarios y accesorios para la salud o la belleza, alojamiento, comidas, gastos de viaje y todos los demás gastos que no sean de naturaleza médica;
18. medicamentos recetados de reemplazo que se relacionen con fraude por parte del Miembro;
19. reversión de la esterilidad voluntaria inducida quirúrgicamente;
20. servicios de traslado que no sean de emergencia ni Médicamente necesarios;
21. las complicaciones como consecuencia de un servicio no cubierto se determinarán caso por caso;
22. 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 similares 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 de Asistencia Médica de Illinois. Además, las exclusiones que se enumeran más arriba no son exhaustivas, y serán complementadas y revisadas 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

Cada Miembro elegirá, o en su nombre se elegirá, un Proveedor de atención primaria o un Proveedor de atención médica para la mujer (WHCP) 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 Proveedor de atención primaria, todos los miembros de sexo femenino pueden elegir un Proveedor de atención médica para la mujer que tenga un acuerdo de derivación con su Médico de atención primaria, si así lo desean. No es obligatorio tener o elegir un Proveedor de atención primaria para la mujer, pero la opción está disponible. Si un Miembro recibe servicios por medio de un Médico o proveedor de atención médica que no sea su Proveedor de atención primaria o su Proveedor de atención médica para la mujer, y si tales servicios no hubieran sido ordenados por estos profesionales ni autorizados por el Plan de salud, esos servicios no serán cubiertos, excepto en el caso de una verdadera emergencia. Los Miembros pueden cambiar de Proveedor de atención primaria o de Proveedor de atención médica para la mujer llamando a Servicios al Miembro.

A excepción de los servicios de planificación familiar y los casos de emergencia, un Miembro recibirá los Servicios cubiertos de Proveedores participantes, incluidos los servicios médicos, quirúrgicos, de diagnóstico, terapéuticos y preventivos según se establece en el Anexo A que se consideren Médicamente necesarios y sean proporcionados, recetados, indicados u ordenados por un Proveedor de atención primaria del Miembro y un Proveedor de atención médica para la mujer (WHCP), dentro del ámbito de la práctica, la experiencia y la capacitación de este proveedor, y, si corresponde, fueran autorizados de manera prospectiva y en tiempo y forma por el director médico del Plan de salud. Un Miembro puede recibir servicios de planificación familiar cubiertos de parte de cualquier proveedor actualmente afiliado como tal en el Programa de Asistencia Médica que provea Servicios cubiertos.

Cuando un Proveedor de atención primaria, un Proveedor de atención médica para la mujer u otro Proveedor participante, mediante la derivación del Proveedor de atención primaria, establezca que los servicios son Médicamente necesarios y recomiende un tratamiento, y el Plan de salud determine, de acuerdo con los protocolos y/o las pautas clínicas generalmente aceptadas, que existe un segundo tratamiento equivalente o sustancialmente equivalente desde el punto de vista médico, el Plan de salud tiene derecho, a su exclusivo criterio, a cubrir únicamente los servicios o beneficios menos costosos en lugar de aquellos que de otro modo estarían cubiertos o disponibles en conformidad con el Contrato. 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 especializado 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 de este último servicio. Asimismo, el Plan de salud puede limitar la cobertura para el cuidado como paciente internado, incluso si esto significa extender el beneficio para el paciente internado más allá de lo estipulado en este Certificado.

Para que un tratamiento, servicio o insumo propuesto se considere un Servicio cubierto, ese tratamiento, servicio o insumo debe ser Médicamente necesario (consulte la Sección I, punto T de este manual). Un tratamiento, servicio o insumo propuesto no es Médicamente necesario ni se convierte en un Servicio cubierto simplemente porque un Proveedor participante o un Proveedor recete, ordene, recomiende o apruebe el servicio o el insumo. Además, los requisitos de Necesidad médica se aplican a todos los tratamientos, servicios o insumos 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 insumo propuesto no se considerará un Servicio cubierto cuando no sea Médicamente necesario, aunque no figure específicamente como una Exclusión y/o esté expresamente previsto en el Anexo A.

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

El Plan de salud no cubrirá los servicios prestados a un Miembro si este consulta a un profesional médico sin la derivación de su Médico de atención primaria y si no cuenta con autorización del Plan de salud, excepto en una emergencia. Si el Miembro no logra localizar a su Proveedor de atención primaria (PCP), debe ponerse en contacto con el Departamento de Servicios al Miembro del Plan de salud para recibir más instrucciones.

SECCIÓN II. BENEFICIOS Y COBERTURAS

Los beneficios en conformidad con este Certificado tienen como fin ser similares 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 sea un servicio cubierto, debe ser Médicamente necesario, realizado, indicado, dirigido u ordenado por el Médico de atención primaria del miembro, y estar autorizado por el Plan de salud.

A. Servicios de los médicos

- 1. Servicios de los Proveedores participantes.** Servicios médicos Médicamente necesarios que se reciben en el consultorio del Proveedor de atención primaria del Miembro, el Proveedor de atención médica para la mujer o en el consultorio de un Especialista participante.
- 2. Servicios quirúrgicos.** Servicios quirúrgicos Médicamente necesarios que se reciben en un Hospital participante, un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios de un Hospital participante 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 Médicamente necesarios, 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 Médicamente necesarios, según lo determine un Proveedor participante. Extirpación de los implantes mamarios cuando sea un tratamiento Médicamente necesario para una enfermedad o una lesión, y los implantes no se hubieran colocado exclusivamente por razones estéticas.
- 3. Servicios profesionales en el Hospital.** Servicios Médicamente necesarios que brinda un Proveedor participante para visitas, exámenes y consultas cuando ese Miembro es un paciente que recibe servicios como paciente internado en un Hospital participante o un Centro de enfermería especializada participante.
- 4. Servicios en el hogar.** Servicios Médicamente necesarios 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

- Hospitalizaciones en una habitación compartida, comidas y atención general de enfermería; habitación privada cuando sea Médicamente necesario, la ordene un Proveedor participante y el Plan de salud la apruebe.
- Dietas especiales y servicios de un nutricionista cuando sean Médicamente necesarios.
- Uso del quirófano y las instalaciones afines, así como las salas de tratamiento especializado.
- Unidad y servicios de cuidados intensivos.
- Servicios de anestesia y oxígeno.
- Insumos quirúrgicos y de anestesia proporcionados por el Hospital como un servicio habitual.
- Dispositivos e insumos de implante quirúrgico usados por un Miembro mientras está internado.
- Servicios hospitalarios auxiliares, es decir, laboratorio, patología, radiología, terapia de radiación, terapia de inhalación y respiratoria, sean o no provistos por un Médico o un Proveedor participante.
- Fármacos, medicamentos y productos biológicos cuando sean recetados para su uso como paciente internado.
- Servicios de transfusión de sangre, incluida la administración de sangre completa, los hemoderivados (componentes y derivados de la sangre) y el plasma sanguíneo. Extracción y almacenamiento de sangre autóloga, si es Médicamente necesario, para una internación específica planeada en un hospital.
- Servicios de diagnóstico y terapéuticos.
- Servicios coordinados para la planificación del alta, incluida la planificación de la atención continua que sea Médicamente necesaria.
- Procedimientos de trasplante de órganos con un proveedor de trasplantes certificado por HFS. La Oficina para la Evaluación Tecnológica de la Atención de la Salud (Office of Health Care Technology Assessment), que forma parte de la Agencia de Política e Investigación Sanitaria (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.
- 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 (American College of Obstetricians and Gynecologists) o la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics), 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 cuarenta y ocho (48) horas posteriores al alta.
- Cobertura como paciente internada para la atención posterior a una mastectomía por un período que el Proveedor participante del Miembro determine que es Médicamente necesario y de acuerdo con los protocolos y las pautas que se basan en pruebas científicas establecidas y en la evaluación del Miembro. Si fuera Médicamente necesario, 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 dentro de las cuarenta y ocho (48) 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) Médicamente necesarios limitados a terapia de rehabilitación del habla, rehabilitación física y ocupacional para las afecciones agudas, con el objetivo de mejorar el funcionamiento físico, cuando estos sean ordenados por el Proveedor de atención primaria del Miembro y autorizados por el director médico del Plan de salud con antelación y en tiempo y forma.

E. Servicios de atención médica a domicilio

Servicios de atención médica intermitentes y a medio tiempo que se brindan en el hogar y son Médicamente necesarios, 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 domicilio 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 domicilio 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, Terapia de rehabilitación a corto plazo, Anexo A;
4. servicios de laboratorio indicados por un Proveedor participante y administrados por un Proveedor participante en la medida en que hubieran sido Servicios cubiertos si el Miembro hubiera permanecido en el Hospital o Centro de enfermería especializada.

F. Centros de enfermería especializada y atención intermedia

Servicios de enfermería especializada o de atención intermedia no agudos y Médicamente necesarios en un Centro de enfermería especializada o un centro de atención inmediato (o atención equivalente provista en el hogar por no haber un centro de enfermería especializada a disposición) que sea un Proveedor participante, hasta un máximo de noventa (90) días en cualquier año de contrato, en la medida de lo indicado por un Proveedor participante y según lo autorizado por el Plan de salud. Estos servicios incluyen alojamiento y comidas en habitaciones compartidas, atención de enfermería general y terapia de rehabilitación a corto plazo Médicamente necesaria, sujeto a lo dispuesto en el Anexo A, Sección II, punto D. Los períodos que excedan los noventa (90) días por año de contrato serán cubiertos por el Departamento, de acuerdo con su sistema de reembolso en vigor y según las leyes y reglamentaciones vigentes. Sin embargo, no se brinda cobertura para la atención de cuidado personal o domiciliaria en un Centro de enfermería especializada o cualquier otro centro.

G. Servicios de salud preventiva

1. **Evaluaciones médicas periódicas.** Evaluaciones médicas desde el momento del nacimiento a cargo del Proveedor de atención primaria, 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. análisis de rutina y pruebas de diagnóstico de laboratorio, tal como se establece en la Sección C de este Anexo A;
 - d. mediciones 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; y
 - 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 Proveedor de atención primaria del Miembro o el Proveedor de atención médica para la mujer (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 Proveedor de atención primaria 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 Proveedor de atención primaria o Proveedor de atención médica para la mujer, tal como se establece en el presente. La cobertura de mamografías con baja dosis de radiación para los Miembros de sexo femenino mayores de 35 años para la detección del 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 visión y 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 Proveedor de atención primaria.
6. **Enfermedades de transmisión sexual.** Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual por intermedio del Proveedor de atención primaria 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 Proveedor de atención primaria, que incluyen:
 - a. información sobre el comportamiento en cuanto a la salud y la atención de la salud 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; e
 - c. información respecto de agencias de servicios (los servicios provistos por esas agencias no tienen cobertura), incluidas agencias de adopción, servicios médicos sociales, servicios auxiliares para el tratamiento por alcoholismo y drogadicción.
8. **Circuncisiones** realizadas dentro de las seis (6) primeras semanas del nacimiento y aquellas realizadas posteriormente si son Médicamente necesarias.
9. **Servicios EPSDT (Exámenes de detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos para Niños).** Los Miembros menores de veintiún (21) años son elegibles para recibir servicios de EPSDT, que incluyen exámenes de diagnóstico y vacunas en conformidad con el Programa de Asistencia Médica. Los Miembros menores pueden recibir servicios cubiertos para el tratamiento de una enfermedad cubierta detectada por los servicios de EPSDT, de acuerdo con los Protocolos de administración de la utilización y el 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 Proveedor de atención primaria y autorizados por el Plan de salud, en conformidad con los Protocolos de administración de la utilización y el control de calidad.
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 Proveedor de atención primaria.
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 Médicamente necesarios e indicados por el Proveedor de atención primaria 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 las personas consideradas ciegas conforme a la ley;

- d. lancetas y dispositivos de punción.

Se brindará cobertura para los siguientes productos e insumos farmacéuticos cuando sean Medicamente necesarios e indicados por el Proveedor de atención primaria del Miembro:

- a. insulina;
- b. jeringas y agujas;
- c. tiras reactivas para los medidores de glucosa;
- d. medicamentos orales aprobados por la FDA para controlar el nivel de azúcar en sangre;
- e. equipos de emergencia de glucagón.

Se brindará cobertura para los exámenes regulares para la atención 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.

H. 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; procedimientos especiales, como cesárea, anestesia, atención pre- y posparto, atención posparto para recién nacidos y servicios para cualquier cuadro clínico 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.

I. Servicios de planificación familiar

Los servicios de planificación familiar y el asesoramiento están cubiertos y disponibles, tal como se describe a continuación, si los indica el Proveedor de atención primaria del Miembro o el Proveedor de atención médica para la mujer y son autorizados, si corresponde. Estos servicios incluyen información, examen físico y asesoramiento durante una consulta, 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 de servicios 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.

J. 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 Médico de atención primaria o al Plan de salud dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la hospitalización de emergencia o dentro de las veinticuatro horas (24) 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 Proveedor de atención primaria 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 consultas 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 haya obtenido la aprobación del Plan de salud para brindar esos servicios; o
 - b. el Proveedor no participante haya intentado de buena fe comunicarse con el Plan de salud en dos (2) oportunidades, y este no haya respondido o no haya denegado esos servicios al cabo de una (1) hora de los intentos del Proveedor no participante de ponerse en contacto con el Plan de salud.
3. **Servicio de ambulancia en caso de emergencia.** En una emergencia, los Miembros pueden recibir servicios de ambulancia Médicamente necesarios para su traslado al departamento de emergencias del hospital más cercano sin que sea necesaria la orden de su Proveedor de atención primaria 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 cuidado y una distancia de viaje similares.
4. **Pago.** El pago de los servicios de los Proveedores no participantes estará sujeto a los Gastos habituales y acostumbrados de tales servicios tal como se definen en el presente. 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 las haya brindado un Proveedor o un Hospital, se deben presentar al Plan de salud dentro de los noventa (90) días después de la fecha del servicio, a fin de que esos gastos sean considerados para su 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 Médicamente necesaria y (c) sea ordenada por el Proveedor de atención primaria del Miembro.

K. 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 no sean Médicamente necesarios, desde el consultorio de un Proveedor participante o un Proveedor no participante y entre centros médicos, cuando sean Médicamente necesarios y hayan sido indicados por un Proveedor participante y autorizados por el Plan de salud.

L. Pruebas de alergia

Pruebas de alergia cuando sean Médicamente necesarias, indicadas por un Proveedor participante y autorizadas por el Plan de salud.

M. Servicios de cirugía maxilofacial

Servicios de cirugía maxilofacial que sean Médicamente necesarios provistos por un cirujano maxilofacial que sea un Proveedor participante, mediante la derivación de un Médico participante y autorizados por el Plan de salud. Estos servicios están limitados a los procedimientos quirúrgicos maxilofaciales no odontológicos para el tratamiento de lesiones o fracturas agudas de los huesos faciales (incluidos los de la mandíbula, pero sin incluir el tratamiento o el reemplazo de piezas dentales u otra atención dental excluida) y el tratamiento de neoplasias faciales, de los huesos faciales o de la boca. El tratamiento de la disfunción articular temporomandibular no es un servicio cubierto, excepto en los casos que sea Médicamente necesario para tratar un traumatismo o un tumor de la articulación temporomandibular.

N. Dispositivos ortopédicos y prótesis

1. Los dispositivos ortopédicos Médicamente necesarios están limitados a lo siguiente:
 - a. aparatos para problemas que requieran la inmovilización completa o para apoyo, o si los aparatos son a medida o tienen una barra rígida o soportes y puntales planos de acero;
 - b. férulas;
 - c. dispositivos para trastornos congénitos; y
 - d. dispositivos pos- y perioperatorios

cuando sean ordenados por el Proveedor participante del Miembro y autorizados por el Plan de salud. Todos los demás dispositivos ortopédicos están específicamente excluidos, a menos que en el Certificado se establezca expresamente lo contrario.

2. Las prótesis Médicamente necesarias, es decir, las que se requieren para reemplazar partes u órganos del cuerpo faltantes o no funcionales, a excepción de las específicamente excluidas en este Anexo, están limitadas a las prótesis y/o aparatos iniciales que no sean experimentales ni estén en fase de investigación, provistos al Miembro por una enfermedad o una lesión, así como el ajuste de la prótesis inicial cuando sea ordenada por el Médico participante a cargo de la atención del Miembro.

O. Servicios fuera del área

Servicios cubiertos Médicamente necesarios 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 Médicamente necesarios y los Servicios de emergencia en un Hospital. Si el miembro es hospitalizado, debe solicitar al Hospital que notifique al Plan de salud lo antes posible, pero no después de transcurridas veinticuatro (24) horas. El tratamiento continuo o de seguimiento provisto por Proveedores no participantes para lesiones accidentales o enfermedades de emergencia se limita a los servicios Médicamente necesarios 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 Médicamente necesarios, el Miembro debe, a excepción de las circunstancias atenuantes, presentar ante el Plan de salud todos los recibos correspondientes a los gastos de bolsillo 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 servicios médicos relacionados con el embarazo, incluida la atención prenatal de rutina o el parto, aquellos que reciba una afiliada (Miembro) que viaje fuera del Área de servicio durante el tercer trimestre de embarazo en contra del consejo médico no se considerarán una emergencia, excepto cuando esa persona se encuentre fuera del Área de servicio por circunstancias que son ajenas a su control.

P. Servicios de salud mental

1. **Servicios de salud mental y drogadicción para pacientes internados.** Se cubren los servicios de salud mental y drogadicción para pacientes internados que no revistan emergencia y que sean Médicamente necesarios cuando sean autorizados de antemano por el Plan de salud, que exige a los Proveedores participantes que completen una evaluación de salud del comportamiento.

2. **Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.** Se cubren los servicios de salud mental individuales para pacientes ambulatorios que no revistan emergencia y que sean Médicamente necesarios, y cuyo fin sea la evaluación, un tratamiento a corto plazo o una intervención en caso de crisis cuando sean autorizados de antemano por el Plan de salud, que exige a los Proveedores participantes que completen una evaluación de salud del comportamiento.

Además, los Servicios de emergencia Médicamente necesarios no requieren la autorización anticipada del Plan de salud.

Q. 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 Proveedor de atención primaria del Miembro determine que es Médicamente necesario y el Plan de salud lo apruebe con antelación. Además, los servicios de rehabilitación para pacientes internados por alcoholismo y 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 cuando los Miembros son menores de veintiún (21) años, los Miembros menores de veintiún (21) años que los utilicen 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 Proveedor de atención primaria 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 Proveedor de atención primaria del Miembro determina que es adecuado.
2. **Tratamiento para pacientes ambulatorios.** El tratamiento médico para los pacientes ambulatorios por desintoxicación o complicaciones médicas de la drogadicción y el alcoholismo es un beneficio cubierto cuando el Proveedor de atención primaria del Miembro determine que es Médicamente necesario y el Plan de salud lo apruebe con antelación. Además, el asesoramiento Médicamente necesario 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 consultas de atención individual para pacientes ambulatorios individuales se pueden reemplazar por consultas de atención grupal sobre una base de dos por uno, según lo considere adecuado el Proveedor de atención primaria del Miembro. Por lo tanto, la cantidad de consultas de asesoramiento individual restantes en el año como paciente ambulatorio para la cual el Miembro es elegible se reducirá en media visita por cada consulta grupal 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.

R. 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.

S. Equipos médicos duraderos

Los equipos médicos duraderos y no duraderos tienen cobertura cuando son autorizados por un Proveedor de atención primaria 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, 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 Médicamente necesaria.

T. 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 Médicamente necesarios:

- ayuda a usuarios con necesidades especiales;
- 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 un centro de atención de cuidados paliativos certificados;
- servicios quiroprácticos;
- servicios clínicos (como se describen en el Código Adm. 89 de Illinois, Parte 140.460);
- diagnóstico y tratamiento de enfermedades oculares provistos por un médico;
- insumos y equipos médicos duraderos y no duraderos;
- servicios de emergencia;

- servicios de planificación familiar;
- servicios de atención médica en el hogar;
- servicios hospitalarios para pacientes internados (incluida la internación para servicio dental en caso de traumatismo o cuando esté relacionada con una enfermedad o desintoxicación médica);
- servicios de laboratorio y radiografía;
- intervenciones quirúrgicas realizadas por un odontólogo;
- servicios de enfermera obstétrica;
- servicios en un centro de enfermería durante los primeros 90 (noventa) días;
- 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;
- servicios de podiatría;
- productos farmacéuticos provistos por una entidad que no sea una farmacia;
- EPSDT (Exámenes de detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos para Niños);
-
- servicios para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, de acuerdo con la subsección (c) del presente documento;
- traslados para garantizar servicios cubiertos;
- trasplantes cubiertos conforme al Código Adm. 89 de Illinois, 148.82 (utilizando proveedores de trasplantes certificados por el Departamento, si el procedimiento se realiza en el estado).

Las extracciones de sangre para los análisis de detección de plomo se realizarán en centros afiliados del contratista o en cualquier otro sitio a costa del contratista. Todos los análisis de laboratorio para la detección de plomo en los niños se enviarán para ser analizados al Departamento de Salud Pública de Illinois o, si los realiza un centro afiliado del contratista, los resultados se informarán al Departamento de Salud Pública de Illinois en conformidad con los requisitos de la Ley de Prevención del Envenenamiento por Plomo de Illinois (Capítulo 410, Sección 45 de los Estatutos Compilados de Illinois [410 ILCS 45]) y el Código de Prevención de Envenenamiento por Plomo (Código Administrativo, Título 77, Capítulo 1, Subcapítulo p, Parte 845). El contratista deberá implementar políticas y procedimientos para garantizar que sus proveedores contratados estén informados sobre estos requisitos.

**Los contratistas serán responsables de brindar a cada afiliado cobertura por un máximo de noventa (90) días de atención anual en un centro de enfermería (o atención equivalente provista en el hogar por no haber un centro de enfermería especializada a disposición). El Departamento deberá pagar los períodos que excedan los noventa (90) días anuales, de acuerdo con el sistema de reembolso vigente.

(c) Servicios de prevención de enfermedades y promoción de la salud. El contratista realizará esfuerzos documentados para proporcionar exámenes de detección inicial y atención preventiva para todos los afiliados. El contratista proveerá, o dispondrá la provisión, de los siguientes Servicios cubiertos para todos los afiliados, según corresponda, para prevenir enfermedades y promover la salud:

(1) servicios de EPSDT de acuerdo con el Código Adm. 89 de Illinois, 140.485 y descritos en este Artículo V, Sección 5.13(a);

(2) esquema de medicina preventiva que abordará cuestiones relacionadas con la atención preventiva de la salud para los afiliados mayores de veintiún (21) años (Artículo V, Sección 5.13[b]);

(3) atención por maternidad para las afiliadas embarazadas (Artículo V, Sección 5.13[c]); y

(4) servicios e insumos de planificación familiar, que incluyen examen físico y asesoramiento durante una consulta, examen físico anual para los fines de la planificación familiar, pruebas de embarazo, esterilización voluntaria, colocación o inyección de medicamentos o dispositivos anticonceptivos, así como pruebas de laboratorio y de diagnóstico relacionadas (excepto en la medida en que el afiliado haya elegido recibir esos servicios e insumos de un Proveedor no afiliado, en cuyo caso el Departamento será responsable de pagar tales servicios).

(5) Los proveedores del contratista someterán a los niños que tengan entre 6 meses y 6 años 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, 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.

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 III. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

A. Exclusiones

Los beneficios en conformidad con este Certificado tienen como fin ser similares 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 de Asistencia Médica de Illinois.

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

- (1) servicios dentales;
- (2) servicios de farmacia provistos por una farmacia;
- (3) todos los servicios provistos por un optometrista;
- (4) servicios clínicos de salud mental, tal como se proveen por intermedio de un proveedor comunitario de salud del comportamiento, según se identifican en el Código Adm. 89 de Illinois, 140.452 y 140.454, y se definen en mayor detalle en el Código Adm. 59 de Illinois, Parte 132, "Programa de Servicios Comunitarios de Salud Mental de Medicaid";
- (5) servicios de tratamiento por drogadicción y alcoholismo subagudo, tal como se proveen por intermedio de un proveedor comunitario de salud del comportamiento, según se identifican en el Código Adm. 89 de Illinois, 148.340(a), y se definen en mayor detalle en el Código Adm. 77 de Illinois, 2090;
- (6) exámenes de rutina para determinar la agudeza visual y el estado refractivo del ojo, gafas, otros dispositivos para corregir la visión y todos los insumos y equipos asociados. El contratista derivará a los afiliados que necesiten esos servicios a Proveedores participantes de los Programas médicos de HFS, que estén en condiciones de brindar esos servicios, o a una entidad de derivación central que tenga una lista de esos proveedores;
- (7) servicios que se prestan en un centro de enfermería o atención equivalente provista en el hogar por no haber un centro de enfermería especializada a disposición, a partir del día noventa y uno (91) del servicio en un año calendario;
- (8) servicios que se prestan en un centro de atención intermedia para personas con retardo mental o discapacidades del desarrollo y servicios que se prestan en un centro de enfermería para los participantes con retardo mental o discapacidades del desarrollo;
- (9) 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 (Early Intervention Services System Act) (Capítulo 325, Sección 20 y subsiguientes de los Estatutos Compilados de Illinois);
- (10) servicios que se prestan en dispensarios escolares;
- (11) servicios que se prestan en entidades educativas locales que están inscritas en el Departamento bajo un plan educativo individual (IEP) aprobado;
- (12) servicios financiados por medio del Fondo Complementario de Medicaid para Servicios de Rehabilitación Juvenil (Juvenile Rehabilitation Services Medicaid Matching Fund);
- (13) servicios que son de índole experimental y/o investigativa; 29
- (14) 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;
- (15) servicios que se prestan sin obtener primero la derivación necesaria o la autorización previa, tal como se establece en el manual del afiliado;
- (16) servicios médicos y/o quirúrgicos que se prestan exclusivamente con fines estéticos; y

(17) procedimientos terapéuticos y/o de diagnóstico relacionados con la esterilidad.

El Plan de salud derivará a los Miembros a HFS para esos servicios.

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 requiere como consecuencia de circunstancias que podrían haberse previsto razonablemente antes de abandonar el Área de servicio. Por ejemplo, la necesidad de 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 esa persona se encuentre fuera del Área de servicio por circunstancias que son ajenas a su control. Sin embargo, se cubrirán fuera del Área de servicio las complicaciones imprevistas del embarazo o el parto prematuro que ocurren antes de que el Miembro de sexo femenino 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 aborto se proveerán únicamente de acuerdo con las leyes estatales y federales vigentes (42 C.F.R., Parte 441, Subparte E). En estos casos, se exige el total cumplimiento de los requisitos de esas leyes, y se debe completar el Formulario HFS 2390 y archivar en la historia clínica de la afiliada. (No se brindarán servicios de aborto a las afiliadas elegibles en conformidad con el Programa Estatal de Seguro Médico Infantil [Capítulo 215, Sección 106 de los Estatutos Compilados de Illinois]).
- (2) 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 archivar en la historia clínica del afiliado.
- (3) Si se realiza una histerectomía, se debe completar un Formulario DPA 1977 y archivar en la historia clínica de la afiliada.

Anexo B Procedimiento administrativo de Quejas del Miembro

Las resoluciones de las cuestiones de Apelación que tengan incidencia en la salud de un Miembro se tratan en la Sección X, puntos C y D de este documento. Todas las demás consultas y Quejas se manejarán en tiempo y forma, de acuerdo con los procedimientos descritos en este Anexo B. El Plan de salud revisará estos procedimientos de Queja a intervalos razonables a los fines de su modificación. Toda modificación a estos procedimientos exige el consentimiento previo por escrito del Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois, y de la División de Seguros de Illinois. Todas las Quejas se deben presentar primero ante el Plan de salud, pero posteriormente se pueden apelar ante el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois.

La persona responsable del mantenimiento de los registros y de la supervisión del proceso de Quejas es el Coordinador de Quejas. Para documentar las Quejas presentadas, se mantendrá una serie específica de registros. Los registros incluirán lo siguiente: (1) el motivo de la Queja; (2) una copia de la Queja y la fecha de su presentación; (3) la fecha y el resultado de todas las consultas, audiencias y conclusiones de las audiencias; (4) la fecha y las decisiones de cualquier procedimiento de Apelación; (5) todas las solicitudes de documentos o registros necesarios para la resolución de la Queja; (6) toda la

documentación de apoyo relevante recibida del Plan o del Miembro; y (7) la fecha y las actas de cualquier litigio. El Coordinador de Quejas mantendrá estos registros de forma centralizada hasta tanto se resuelva la Queja y por un período de tres (3) años.

Paso 1:

El plan recomienda a los Miembros que tengan consultas o Quejas respecto de un tema relacionado con este Certificado que se comuniquen con el Departamento de Servicios al Miembro del Plan de Salud (consulte el Anexo C) para buscar una resolución. Los empleados del Plan de salud a cargo de las Quejas tienen autoridad para resolver los temas más informales. El Plan de salud cuenta con un proceso para manejar las Quejas escritas y las verbales. Este proceso exige que la persona que primero recibe la Queja documente la inquietud del Miembro e intente encontrar una resolución sin pedirle a este que escriba o llame otra vez, si es razonablemente posible. El Plan de salud debe responder la consulta o la Queja del Miembro en los siguientes plazos: (a) treinta (30) días después de recibir una Queja estándar; (b) tres (3) días hábiles después de recibir una consulta o Queja urgente. Todas las Quejas serán documentadas e indicarán la naturaleza general de la inquietud identificada.

PASO 2:

En caso de que el problema de un Miembro no haya sido resuelto en el primer nivel de Queja y el Miembro aún esté insatisfecho, se le sugerirá que presente una Queja por escrito de segundo nivel ante la Comisión de Apelaciones y Quejas del Plan de salud. Las Quejas se deben presentar dentro de los doce (12) meses del suceso.

La Queja por escrito incluirá la siguiente información:

- 1) el nombre, la dirección y el número de identificación del Miembro;
- 2) un resumen de la Queja, los contactos previos mantenidos con el Plan de salud y una descripción de la reparación que se pretende;
- 3) la firma del Miembro; y
- 4) la fecha en que se firma la Queja.

La Queja por escrito deberá enviarse por correo a la siguiente dirección:

MeridianHealth
Grievance Coordinator
PO Box 44287
Detroit, MI 48244
Fax: 833-383-1503

El Coordinador de Quejas acusará recibo de la Queja dentro de los cinco (5) días hábiles después de recibirla. Además, programará una audiencia ante la Comisión de Quejas y notificará al Miembro por escrito sobre la fecha y el lugar de la audiencia. La Comisión de Apelaciones y Quejas está integrada por personas que el Plan de salud ha designado para que respondan a las Quejas. El Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois puede exigir que un Miembro de la Comisión pertenezca al Departamento. La Comisión estará compuesta por al menos un veinticinco por ciento (25 %) de Miembros que sean consumidores.

La revisión de la determinación inicial y cualquier prueba adicional que el Miembro presente en la audiencia dará lugar a una decisión dentro de los treinta (30) días después de la audiencia de la Comisión. Sin embargo, la Comisión dispondrá de otros catorce (14) días para tomar una decisión, si hay demoras para obtener los documentos o los registros necesarios para la resolución de la Queja. Esto incluye, entre otros, la recopilación de información adicional de una fuente fuera del área.

El Miembro tiene derecho a asistir a los procedimientos formales de la Comisión y a participar en ellos. Asimismo, el Miembro tiene derecho a que, en esos procedimientos formales de la Comisión, lo represente un representante designado de su elección. La Comisión se reunirá en la oficina central del Plan de salud o en cualquier otra oficina designada a tal efecto por el plan, si la oficina central no se encuentra dentro de las cincuenta (50) millas de la dirección particular del Miembro. En la medida de lo razonable, el Plan de salud brindará ayuda al Miembro con el traslado a la reunión dentro del Área de servicio, si este no pudiera concurrir a la reunión debido a la falta de transporte, pero iría de otro modo. La solicitud del Miembro en cuanto a la fecha y la hora de la reunión será debidamente tenida en consideración. Cuando se lleven a cabo los procedimientos formales de la Comisión, esta notificará al Miembro sobre el nombre y la afiliación de los miembros de la Comisión que estén representando al Plan de salud.

La documentación suministrada a los miembros de la Comisión también se pondrá a disposición del Miembro no menos de cinco (5) días antes de los procedimientos formales. El Plan de salud no presentará ninguna prueba sin que haya concedido al Miembro la posibilidad de estar presente. El Plan de salud notificará al Miembro por escrito sobre la determinación de la Comisión dentro de los cinco (5) días hábiles después de que esta se haya tomado. La notificación incluirá una declaración para informar al Miembro que la decisión de la Comisión es el último paso administrativo en el Procedimiento de quejas del Plan de salud. La notificación de la determinación del Plan de salud en este Paso 2 incluirá lo siguiente:

Notificación de disponibilidad del Departamento:

“El Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois nos exige que le informemos a usted que, si no está satisfecho con la determinación de la Comisión de Apelaciones y Quejas, puede solicitar la revisión del Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica. Puede enviar su solicitud de revisión a Oficina de Audiencias Administrativas de HFS (HFS Bureau of Administrative Hearings), 401 South Clinton, 6th Floor, Chicago, IL 60607”.

La Comisión de Quejas no tiene ninguna autoridad para tramitar las Quejas que aleguen o indiquen una posible responsabilidad profesional, conocida comúnmente como “negligencia profesional”. Tampoco tiene autoridad para revertir, desestimar o de modo alguno modificar las políticas establecidas por la Junta Directiva del Plan de salud.

PASO 3:

Si el Miembro no está satisfecho con la determinación de la Comisión de Quejas, puede solicitar una revisión del Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois. La solicitud de revisión se debe enviar a Oficina de Audiencias Administrativas de HFS (HFS Bureau of Administrative Hearings), 401 South Clinton, 6th Floor, Chicago, IL 60607.

El Plan de salud puede establecer los procedimientos que considere razonables para la realización y el manejo del Procedimiento de quejas. Todas las quejas se deben presentar primero ante el Plan de salud, pero posteriormente se pueden apelar ante el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois. En la medida que lo exija la ley, ningún Miembro puede iniciar una acción judicial contra el Plan de salud a menos que primero haya agotado los recursos administrativos establecidos por este procedimiento. Sin embargo, la presentación de una Queja no impedirá al Miembro presentar una Queja ante el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois, ni tampoco impedirá que este departamento investigue una Queja en conformidad con su autoridad en virtud de la ley de Illinois. Las decisiones a partir de la revisión del Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois son de cumplimiento obligatorio para el Plan de salud, siempre que esto no le impida al plan objetar una decisión relacionada con los términos del Contrato ante un tribunal de jurisdicción competente.

El Miembro también puede presentar una Queja ante la División de Seguros. En caso de que el Plan de salud reciba una Queja de la División de Seguros, investigará la situación y dará una respuesta dentro del plazo de 21 días o dentro del plazo impuesto por la División. El informe del Plan de salud incluirá los documentos necesarios para respaldar la posición del Plan de salud y cualquier otro documento que la División de Seguros solicite. La respuesta del Plan de salud también identificará claramente el nombre, el cargo, la dirección y el número de teléfono de los miembros del personal del Plan de salud que hayan revisado la Queja.

Anexo C

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 respecto de las disposiciones de este Certificado, cómo obtener servicios en conformidad con este Certificado, o si tiene cualquier otra duda, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-866-606-3700. Servicios al Miembro se encargará de:

- reemplazar las 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.