



este es *su* manual del miembro.

**Plan Medicaid de Meridian
para los residentes de Illinois**

En vigencia a partir del 28 de marzo de 2023

números de teléfono y contactos importantes

¿Necesita ayuda? Estos son los números a los que puede llamar.

Meridian:

Servicios al miembro
866-606-3700 (TTY: 711)

Servicios de transporte (sin carácter de emergencia)
866-796-1165

Servicios de salud de comportamiento
866-796-1167

Equipo de servicios de farmacia
855-580-1688 (TTY: 711)

Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana
866-606-3700

También puede comunicarse con nosotros a través de nuestra página web, member.ILmeridian.com.

Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois (HFS):

Servicios de inscripción para clientes de Illinois (CES)
877-912-8880 (TTY: 866-565-8576)

Mujeres, bebés y niños (WIC)
217-782-2166

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

Ante una emergencia:

Llame al 911

Índice

Servicios al Miembro	5	Servicios con cobertura limitada	17
Tarjetas de identificación de miembro	5	Servicios sin cobertura	17
Inscripción abierta	6	Servicios dentales	18
Red de proveedores	6	Servicios para la vista	19
Proveedor de atención primaria (PCP)	7	Servicios de farmacia	19
Cómo cambiar su PCP	7	Servicios de transporte	20
Proveedor de atención médica para la mujer (WHCP)	8	Servicios de salud de comportamiento	21
Planificación familiar	8	Beneficios adicionales	22
Atención especializada	8	Beneficios y recompensas adicionales	22
Programación de citas	9	Costos compartidos	23
Comisiones de miembros	9	Coordinación de la atención	23
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana	9	Programas para el control de la salud	24
Atención de urgencia	10	Prevención de la gripe	26
Atención de emergencia	10	Recursos comunitarios de atención médica	26
Atención posterior a la estabilización	11	Programa de restricciones de beneficiarios	27
Servicios cubiertos	11	Directivas anticipadas	28
Servicios médicos cubiertos	12	Quejas y apelaciones	28
Servicios cubiertos basados en el hogar y en la comunidad (solo para clientes con exención)	15	Derechos y responsabilidades	34
Servicios cubiertos del programa de servicios y asistencia a largo plazo administrados (MLTSS)	16	Fraude, abuso y abandono	34
		Definiciones	35

Servicios al miembro de Meridian
866-606-3700 (TTY: 711)
de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Área de servicio
Meridian cubre todos los condados de Illinois. ¿Está por mudarse? No olvide llamar a su oficina local de Servicios familiares y de atención médica (HFS) y a Servicios al miembro para informarles su nueva dirección.

conozca todo sobre su nuevo plan de salud.

¡Bienvenido a Meridian! Estamos muy contentos de que esté con nosotros.

Este manual lo ayudará a aprovechar al máximo su plan de Meridian. Incluye información sobre su cobertura y sus beneficios. En él, también se explica cómo buscar un proveedor, cómo obtener recetas sin cargo y mucho más.

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Solo llámenos al 866-606-3700. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.



Servicios al miembro estamos a su disposición.

El departamento de Servicios al miembro está disponible para ayudarlo a aprovechar al máximo su plan de salud. Llámenos al **866-606-3700** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Podemos responder preguntas sobre su plan o ayudarlo a lo siguiente:

- Obtener más información sobre sus beneficios
- Encontrar un proveedor de atención primaria (PCP)
- Cambiar de PCP
- Obtener una nueva tarjeta de identificación de miembro o un manual
- Cambiar su dirección o número de teléfono
- Presentar un reclamo

Cuando llame, asegúrese de tener a mano el número de identificación de Medicaid de Illinois. Lo puede encontrar en su tarjeta de identificación de miembro (consulte a continuación).

¿Tiene una pregunta relacionada con la salud? Nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana está a su disposición. Para hablar con un miembro capacitado del personal de enfermería, llame al **866-606-3700**. También estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para confirmar la elegibilidad para beneficios.



Tarjetas de identificación de miembro acerca de su tarjeta de identificación de miembro

Debería haber recibido su tarjeta de identificación por correo. Siempre lleve su tarjeta de identificación de miembro con usted. En ella, hay información y números de teléfono importantes. Deberá presentar su tarjeta de identificación de miembro para obtener nuestros servicios.

¿No recibió una tarjeta de identificación de miembro o necesita reemplazarla? Llame a Servicios al miembro.

Encuentre lo que necesita en su tarjeta de identificación de miembro

- 1 Su nombre
- 2 Nombre del plan
- 3 N.º de identificación de Medicaid del estado
- 4 Información del proveedor de atención primaria (PCP)
- 5 Fecha de vigencia
- 6 Número de teléfono de Servicios al miembro
- 7 Número de teléfono de la línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- 8 Número de teléfono de Servicios de salud de comportamiento
- 9 Número de teléfono de Servicios dentales
- 10 Número de teléfono de Servicios de transporte

- 11 Información sobre cobertura de medicamentos recetados para proveedores
- 12 Dirección de Meridian
- 13 Cómo presentar reclamos (solo para proveedores)



1333 Burr Ridge Parkway Suite 100 Burr Ridge, IL 60527

12

Member Name: First & Last Name 1
Plan Name: HealthChoice Illinois 2
Medicaid ID: 00000000 3
Effective Date: 12/12/2021 5
Member Services: 866-606-3700 (TTY: 711) 6

RxBIN: 004336 11
RxPCN: MCAIDADV
Group: RX5491
Pharmacy Help Desk: 888-624-1145

PCP: Provider Name 4
Phone: Provider Phone

Send claims to: 13
Meridian
PO Box 4020
Farmington, MO 63640-4402

24/7 Nurse Advice Line: 866-606-3700 7
Behavioral Health: 866-606-3700 8
Dental: 866-245-2770 9
Transportation: 866-796-1165 10



Inscripción abierta ¿qué significa “inscripción abierta”?

Una vez al año, puede cambiar el plan de salud durante un período específico llamado inscripción abierta. Los Servicios de inscripción para clientes (CES) le enviarán una carta de inscripción abierta aproximadamente 60 días antes de su fecha de aniversario. Su fecha de aniversario es un año a partir de la fecha de inicio de su plan de salud.

Tendrá 60 días durante el período de inscripción abierta para cambiar el plan. Para esto, debe llamar a los CES al **877-912-8880**. Una vez transcurridos los 60 días, ya sea que haya cambiado de plan o no, quedará bloqueado durante 12 meses. Si tiene preguntas con respecto a la inscripción o la cancelación de la inscripción en Meridian, llame al CES al **877-912-8880** (TTY: 866-565-8576).



Red de proveedores ¿qué es una red de proveedores?

Una red de proveedores es el grupo de proveedores contratados por Meridian para proporcionarle atención. Nuestra red de proveedores incluye lo siguiente:

- Proveedores de atención primaria (PCP)
- Especialistas
- Hospitales
- Centros de atención de urgencia
- Odontólogos
- Proveedores de atención para la vista
- Proveedores de atención de salud de comportamiento
- Farmacias
- Otros proveedores de atención médica

En el Directorio de proveedores del Plan Medicaid de Meridian figuran los proveedores de nuestra red. El Directorio de proveedores también contiene información sobre cada proveedor. Esta información incluye la dirección, el horario de atención, las certificaciones y la condición en relación con la junta, las cualificaciones profesionales y los idiomas del proveedor. También puede incluir el lugar en el que cada proveedor completó sus estudios médicos y programas de residencia.

Puede buscar en el directorio de proveedores en findaprovider.ILmeridian.com. Comuníquese con Servicios al miembro si desea una copia impresa del Directorio de proveedores. El departamento de Servicios al miembro también puede ayudarlo a

encontrar un proveedor que hable el idioma que usted prefiera. Como recurso adicional, puede utilizar el directorio de Meridian para encontrar los idiomas que habla un proveedor. Puede llamar a Servicios al miembro mientras está con su proveedor y hablar con un representante en el idioma que usted prefiera acerca de cualquier necesidad de atención médica que tenga.

Debe consultar proveedores que formen parte de la red de Meridian. Si no hay un proveedor en nuestra red que preste el servicio que necesita, puede consultar a un proveedor fuera de la red, pero primero deberá obtener una aprobación. Llame a Servicios al miembro al **866-606-3700** para obtener ayuda con una aprobación. Meridian debe cubrir adecuadamente estos servicios fuera de la red de manera oportuna, siempre y cuando Meridian pueda proporcionarlos y garantizar que el costo no sea mayor de lo que sería si el servicio se brindara dentro de la red.



Proveedor de atención primaria (PCP)

¿qué es un PCP?

Su proveedor de atención primaria (PCP) es su proveedor personal, quien le proporcionará la mayor parte de la atención. El PCP también puede enviarlo a otros proveedores si necesita cuidados especiales. Con el Plan Medicaid de Meridian, usted puede elegir su PCP. Puede tener un PCP para toda la familia o elegir un PCP para cada miembro de la familia.

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

member.ILmeridian.com

Puede elegir uno de estos proveedores como su PCP:

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

Para miembros de tribus indioamericanas o nativas de Alaska: usted tiene derecho a recibir servicios de PCP de un proveedor de tribus aborígenes, organización tribal u organización de aborígenes urbanos dentro y fuera del estado de Illinois.

Los servicios del PCP pueden incluir:

- Exámenes físicos de rutina
- Pruebas de diagnóstico
- Radiografías y servicios de laboratorio
- Vacunas
- Tratamiento y pruebas de alergia
- Servicios de bienestar



Cómo cambiar su PCP ¿necesita un nuevo PCP?

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Comuníquese con Servicios al miembro al **866-606-3700**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede cambiar de PCP en línea. Solo inicie sesión en el Portal para miembros en **member.ILmeridian.com**.



Proveedor de atención médica para la mujer (WHCP) para mujeres: elija un PCP que se especialice en usted.

Como mujer con cobertura del Plan Medicaid de Meridian, tiene derecho a elegir un proveedor de atención médica para la mujer (WHCP) como su PCP. Un WHCP es un proveedor con licencia para ejercer la medicina, que se especializa en obstetricia, ginecología o medicina familiar.

Cómo inscribir a su recién nacido

Si tiene un bebé, comuníquese con su trabajador social lo antes posible. Su trabajador social agregará al bebé a su caso. Este es el primer paso para inscribir a su bebé en Meridian.

Luego, llame a Servicios al miembro y díganos la fecha en que dio a luz, el nombre del bebé y el número de identificación de Medicaid que obtuvo del trabajador social.

Los miembros pueden permanecer en el hospital hasta 72 horas después de un parto vaginal normal y hasta 96 horas después de un parto por cesárea. Meridian trabaja con el programa de administración de casos familiares (FCM) para coordinar su atención. Consulte la sección Administración de casos familiares (página 23) para obtener más información.



Planificación familiar obtenga la atención de planificación familiar que usted necesita.

El Plan Medicaid de Meridian tiene una red de proveedores de planificación familiar que pueden brindarle servicios de planificación familiar; sin embargo, puede optar por obtener servicios y suministros de planificación familiar de cualquier proveedor fuera de la red sin una derivación, y estos estarán cubiertos.



Atención especializada cómo obtener atención de especialistas

Un especialista es un proveedor que atiende a personas con una afección médica determinada. Un ejemplo de especialidad es cardiología (salud del corazón) u ortopedia (huesos y articulaciones). Si su PCP considera que usted necesita un especialista, lo ayudará a elegir un proveedor. Luego, el PCP se encargará de coordinar la atención del especialista.

Las derivaciones a proveedores dentro de la red no requieren autorización previa. Las derivaciones a especialistas fuera de la red requieren autorización previa.

Puede utilizar el Directorio de proveedores en línea de Meridian para obtener una lista de los especialistas en su área, en **findaprovider.ILmeridian.com**. Puede llamar a Servicios al miembro al **866-606-3700** para obtener más información. Además, su coordinador de atención puede ayudarlo a encontrar un especialista.



Programación de citas cómo programar las citas de atención médica

Es muy importante que asista a todas las citas para consultas con médicos, análisis de laboratorio o radiografías. Llame a su PCP con, al menos, un día de anticipación en caso de no poder asistir a una cita. Si necesita ayuda para programar una cita, comuníquese con Servicios al miembro al **866-606-3700**.



Comisiones de miembros díganos cómo podemos mejorar.

Meridian organiza comités durante todo el año para recibir comentarios de los miembros. Queremos saber acerca de la calidad de atención que reciben los miembros. También pedimos opiniones sobre los materiales educativos y la información sobre los programas. Se necesitan los comentarios de los miembros para abordar adecuadamente cualquier necesidad o problema con su atención.

Para obtener más información sobre estas reuniones e informarnos si está interesado en participar, comuníquese con Servicios al miembro al **866-606-3700**.



Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana obtenga asesoramiento médico de acuerdo a su disponibilidad.

La línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana es un servicio gratuito y confidencial que le ofrece información de salud por parte de personal de enfermería siempre que lo necesite. Para comunicarse con la línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llame al **866-606-3700**. El personal de enfermería está a disposición de todos los miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El objetivo es ayudarlo a recibir la atención adecuada en el lugar y momento indicados.

El personal de enfermería lo ayudará a entender si usted o un familiar necesitan atención médica de urgencia, si pueden esperar a ver al proveedor sin que eso implique un riesgo o si sus síntomas pueden tratarse en casa. A veces, el personal de enfermería incluso puede darle consejos que lo ayudarán a sentirse mejor más rápido.

Puede llamar desde cualquier lugar y en cualquier momento. Le recomendamos que guarde el número gratuito en su teléfono celular para facilitar el acceso.

Llame a la línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana si tiene algo de lo siguiente:

- Fiebre, tos o dolor de garganta
- Dolor de espalda o de las articulaciones
- Dolor de oído o de cabeza
- Cortes, raspaduras o quemaduras leves
- Resfrío o gripe
- Lesiones por resbalones y caídas
- Asma, diabetes u otras afecciones crónicas
- Otras inquietudes relacionadas con la salud

También puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana si cree que su bebé llora porque puede tener malestar estomacal o si vomita.

Si se trata de una emergencia que supone un peligro para la vida, debe llamar al 911 o a los servicios de emergencia locales.



Atención de urgencia cómo obtener atención de urgencia

La atención de urgencia es para problemas que requieren atención médica inmediata, pero que no ponen en riesgo la vida. Estos son algunos ejemplos de atención de urgencia:

- Cortes y raspaduras leves
- Fiebre
- Resfrío
- Dolor de oídos

Llame a su PCP para recibir atención de urgencia o puede llamar a Servicios al miembro de Meridian al **866-606-3700**. Aquellas personas que estén atravesando una crisis de salud mental deben llamar a la línea de crisis de salud de comportamiento al **800-345-9049** (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).



Atención de emergencia cómo obtener atención de emergencia

Una afección médica de emergencia es muy grave. Hasta podría poner en riesgo la vida. Podría presentar dolor intenso o una lesión o enfermedad graves. Algunos ejemplos de una emergencia son los siguientes:

- Ataque cardíaco
- Intoxicación
- Dificultad para respirar
- Sangrado intenso
- Fractura de huesos

Qué hacer ante una emergencia:

- Diríjase al departamento de emergencias más cercano. Puede ir a cualquier hospital o centro de salud para recibir servicios de emergencia.
- Llame al 911.
- Llame a una ambulancia si no hay servicio del 911 en su zona.

No se requiere derivación para la atención de emergencia. Tampoco se requiere autorización previa, pero debe llamarnos en el término de 24 horas después de recibir la atención de emergencia.

¿Está lejos de casa?

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

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



Atención posterior a la estabilización cómo obtener atención después de una emergencia

Los servicios posteriores a la estabilización son servicios necesarios que se proporcionan a un miembro una vez que se encuentra estable después de una afección médica de emergencia, a fin de ayudarlo a recuperarse.

La atención posterior a la estabilización les brinda a los miembros la oportunidad de mantenerse estabilizados o de mejorar o resolver su estado. Una vez que un miembro recibió tratamiento y se encuentra estable, comienzan los servicios posteriores a la estabilización. Los servicios posteriores a la estabilización están cubiertos y no requieren autorización previa.

Atención de seguimiento después de una visita a la sala de emergencias o una hospitalización

Después de ir a la sala de emergencias, debe llamar a su PCP dentro de las 24 horas. Su PCP se asegurará de que reciba la atención de seguimiento que necesite. Puede llamar a su PCP las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El PCP puede ayudarlo a decidir si necesita atención de emergencia. Si el PCP no le devuelve la llamada, llame a Meridian al **866-606-3700**.



Servicios cubiertos acerca de los servicios de atención que cubrimos

Es importante que entienda los servicios de atención que cubre su plan. Como miembro del Plan Medicaid de Meridian, usted no tiene que abonar copagos por los servicios cubiertos.

En las siguientes páginas, podrá ver qué cubre su plan. Su certificado de cobertura (COC) tiene la lista completa de la atención cubierta. Si desea obtener una copia impresa del COC o tiene preguntas sobre sus beneficios, llame a Servicios al miembro.

Acerca de las autorizaciones previas

Cubrimos la mayoría de los servicios sin necesidad de una derivación o revisión médica. Sin embargo, algunos servicios requieren autorización previa (PA). Su proveedor posee una lista de los tipos de atención que requieren PA. Si necesita un servicio de atención que requiere PA, su proveedor debe completar un Formulario de solicitud de PA y enviarnoslo.

Debemos aprobar la PA antes de que pueda recibir la atención. Cuando un proveedor envía un formulario de PA, un miembro de nuestro personal clínico revisa la solicitud y decide si:

- Es médicamente necesario, es decir, si los servicios de atención médica o suministros médicos necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, trastorno o sus síntomas cumplen con los estándares aceptados de la medicina.
- Puede recibir la atención de un proveedor de nuestra red.

Obtener servicios fuera de la red puede requerir PA. Todos los servicios prestados fuera del estado requieren autorización previa.



Servicios médicos cubiertos
estos son los
servicios médicos
que cubre su plan.

Atención primaria

Examen físico de rutina Con cobertura

Servicios de médicos Con cobertura

Pruebas de diagnóstico Con cobertura.
Pueden requerir PA.

Radiografías y análisis de laboratorio Con cobertura.
Pueden requerir PA.

Inmunizaciones y vacunas Con cobertura.
Ciertas inmunizaciones pueden requerir PA.

Tratamiento y pruebas de alergia Ciertos servicios requieren PA.

Servicios de audiología Con cobertura

Servicios de optometría Con cobertura.
Pueden requerir PA.

Servicios de bienestar Con cobertura

Visitas de rutina para la mujer Con cobertura

Servicios de examen de
detección, diagnóstico
y tratamiento
tempranos y periódicos
(EPSDT)

Con cobertura. Los servicios de examen de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) son proporcionados por Meridian para miembros de 0 a 20 años de edad. Estos servicios están diseñados para detectar problemas a tiempo; verificar con frecuencia la salud de su hijo; realizar exámenes de detección médicos, dentales, visuales, auditivos y del desarrollo; realizar pruebas de diagnóstico cuando se encuentran problemas; controlar o corregir los problemas que se encuentran.

Comuníquese con Servicios al miembro para programar una cita.

Consultas en FQHC/
RHC/clínicas con tarifa
por visita (ERC) Con cobertura

Atención para la mujer

Servicios de aborto Con cobertura de Medicaid (no su organización de atención administrada [MCO]) utilizando su tarjeta médica de HFS

Atención obstétrica y de maternidad Con cobertura

Anticonceptivos Con cobertura.
Ciertos anticonceptivos pueden requerir PA.

Atención para pacientes ambulatorios

Cirugía ambulatoria Con cobertura.
Puede requerir PA.

Servicios en el Centro de tratamiento para cirugías ambulatorias (ASTC) Con cobertura.
Pueden requerir PA.

Terapia de rehabilitación Con cobertura.
Puede requerir PA.

Rehabilitación cardíaca y pulmonar Con cobertura.
Puede requerir PA.

Tratamientos de evaluación y diagnóstico Con cobertura.
Pueden requerir PA.

Atención para pacientes hospitalizados

Cirugía con hospitalización Con cobertura.
Requiere PA.

Hospitalizaciones Con cobertura.
Requieren PA.

Trasplantes de órganos Con cobertura.
Requieren PA.

Servicios de centros de enfermería Con cobertura.
Un proveedor debe solicitar la atención, que requiere profesionales calificados (p. ej., personal de enfermería y terapeutas). Requieren PA.

Servicios de salud mental

Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados Con cobertura.
Requieren PA.

Programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP) y programa de hospitalización parcial (PHP) para atención psiquiátrica Con cobertura.
Pueden requerir PA.

Visitas al consultorio para la salud de comportamiento Con cobertura.
Pueden requerir PA.

Servicios ambulatorios y basados en la comunidad Con cobertura.
Requieren PA.

Con cobertura para servicios en asociación con la División de Prevención y Recuperación del Uso de Sustancias (SUPR) de Illinois; Servicios residenciales de rehabilitación para pacientes ambulatorios adultos y adolescentes, Terapia de desintoxicación asistida por medicación. Pueden requerir PA.

Servicios relacionados con el alcoholismo y el abuso de sustancias subagudos

Servicios hospitalarios/Atención de emergencia y urgencia

Servicios de emergencia Con cobertura

Servicios hospitalarios ambulatorios Con cobertura

Atención posterior a la estabilización	Con cobertura. La atención posterior a la estabilización son los servicios que se brindan a continuación de una emergencia médica; una vez que ha recibido el tratamiento inicial y se encuentra en una condición estable, los servicios se vuelven servicios posteriores a la estabilización.
Visitas de atención de urgencia	Con cobertura
Cuidados paliativos	
Atención en un centro de cuidados paliativos	Con cobertura. Requiere PA.
Otros servicios cubiertos	
Cuidados de enfermería	Con cobertura. Requieren PA.
Coordinación de la atención	Con cobertura
Enfermería avanzada	Con cobertura
Servicios de farmacia	Con cobertura. Pueden requerir PA.
Equipo médico duradero (DME)	Con cobertura. Puede requerir PA.
Servicios para prevenir enfermedades y promover la salud	Con cobertura

Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Con cobertura
Audífonos	Con cobertura. Requieren PA.
Cuidado de la diabetes	Con cobertura. Requiere PA.
Asesoramiento nutricional (indicado por un proveedor)	Con cobertura. Puede requerir PA.
Servicios y suministros ópticos	Con cobertura. Pueden requerir PA.
Podología (pie), prótesis y ortopedia	Con cobertura. Pueden requerir PA.
Atención médica a domicilio	Con cobertura. Puede requerir PA.
Servicios de diálisis renal	Con cobertura. Requieren notificación.
Equipos y suministros de asistencia respiratoria	Con cobertura. Pueden requerir PA.
Sangre y hemoderivados, incluida la administración	Con cobertura. Pueden requerir PA.
Transporte (sin carácter de emergencia) para garantizar servicios cubiertos	Sujeto a modificaciones en función de las normas reglamentarias relativas al transporte sin carácter de emergencia determinadas por el Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica de Illinois.

Servicios quiroprácticos	Con cobertura. Pueden requerir PA.
Servicios para dejar de fumar	Con cobertura
Otros servicios cubiertos, continuación	
Dispositivos de comunicación asistida/aumentativa	Con cobertura. Requieren PA.
Servicios dentales, incluidos los cirujanos maxilofaciales	Consulte la sección Servicios dentales para conocer más detalles sobre sus beneficios dentales.
Esterilizaciones	Con cobertura
Inyecciones para el control del dolor	Con cobertura. Pueden requerir PA.
Servicios y suministros de planificación familiar	Con cobertura
Suministros, equipos, prótesis y órtesis médicos	Con cobertura
No incluidos en la lista o no especificados de algún otro modo	Requieren PA.
Atención para niños	
Atención neonatal	Con cobertura
Análisis de detección de plomo	Con cobertura
Visitas al consultorio	Con cobertura. Servicios avanzados de enfermero registrado.



Servicios cubiertos basados en el hogar y en la comunidad (solo para clientes con exención)

¿tiene una exención? esto es lo que tiene cobertura.

A continuación verá una lista de los servicios y beneficios médicos cubiertos por el Plan Medicaid de Meridian para los miembros que cuentan con una exención por servicios basados en el hogar y en la comunidad.

- Departamento de Personas de Edad Avanzada (DoA)**
Adultos mayores
- Servicio diurno para adultos
 - Servicio de traslado diurno para adultos
 - Encargado de quehaceres domésticos
 - Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)

- Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS)**
Personas con discapacidades o que tienen VIH/sida
- Servicio diurno para adultos
 - Servicio de traslado diurno para adultos
 - Adaptaciones de accesibilidad al entorno (en el hogar)
 - Auxiliar médico en el hogar
 - Enfermería (intermitente)
 - Enfermería especializada (RN y LPN)
 - Terapia ocupacional
 - Fisioterapia
 - Terapia del habla
 - Encargado de quehaceres domésticos
 - Servicio de comidas a domicilio

- Asistente personal
- Servicios de relevo
- Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)
- Equipos y suministros médicos especializados

Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS)

Personas con lesión cerebral

- Servicio diurno para adultos
- Servicio de traslado diurno para adultos
- Adaptaciones de accesibilidad al entorno (en el hogar)
- Empleo asistido
- Auxiliar médico en el hogar
- Enfermería (intermitente)
- Enfermería especializada (RN y LPN)
- Terapia del habla
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Servicios prevocacionales
- Recuperación (diaria)
- Encargado de quehaceres domésticos
- Servicio de comidas a domicilio
- Asistente personal
- Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)
- Servicios de relevo
- Equipos y suministros médicos especializados
- Servicios conductuales (M.A. y Ph.D.)

Servicios Familiares y Atención Médica (HFS)

Personas en un centro de vida asistida

- Asistencia para la vida cotidiana



Servicios cubiertos del programa de servicios y asistencia a largo plazo administrados (MLTSS)

revise nuestros servicios cubiertos de MLTSS.

Si participa en el programa MLTSS, se cubren algunos servicios más. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Servicios de salud mental, como terapia individual y grupal, orientación, tratamiento comunitario, supervisión de medicamentos, entre otros
- Servicios relacionados con el abuso de alcohol y sustancias, como terapia individual y grupal, orientación, rehabilitación, servicios de metadona, supervisión de medicamentos, entre otros
- Algunos servicios de traslado a citas
- Servicios de atención a largo plazo en centros especializados e intermedios
- Todos los servicios de exención por HCBS, como los que figuran en la sección "Servicios cubiertos basados en el hogar y en la comunidad (solo para clientes con exención)" si califica



Servicios con cobertura limitada

revise los servicios con cobertura limitada.

Hay algunos servicios que pueden no tener cobertura total de su plan. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- **Servicios de esterilización:** Meridian podría proporcionar servicios de esterilización únicamente de acuerdo con las leyes estatales y federales.
- **Histerectomías:** en caso de que Meridian cubra una histerectomía, completaremos el formulario HFS 1977 y lo archivaremos en la historia clínica de la mujer afiliada.



Servicios sin cobertura

conozca qué servicios *no* están cubiertos.

A continuación, verá una lista de algunos de los servicios y beneficios médicos que no están cubiertos por su plan:

- Servicios experimentales o de investigación
- Servicios proporcionados por un proveedor fuera de la red y no autorizados por Meridian
- Servicios proporcionados sin la derivación o autorización previa requeridas
- Cirugía estética optativa
- Atención de la infertilidad
- Cualquier servicio que no sea médicamente necesario
- Servicios que se proporcionan a través de entidades educativas locales

Para obtener más información, comuníquese con Servicios al miembro. Llame al **866-606-3700** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.



Servicios dentales
cubrimos la
atención dental
para miembros de
todas la edades.

Los servicios dentales son un beneficio cubierto para todos los miembros. Trabajamos con un proveedor dental para sus exámenes dentales. Sus beneficios dentales incluyen:

- Limpiezas y exámenes preventivos de rutina hasta 2 veces por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre)
 - Una radiografía por año calendario
- Exámenes limitados e integrales
 - Reposición de piezas dentales
 - Extracciones

Las embarazadas que reúnan los requisitos pueden obtener servicios dentales adicionales antes del nacimiento de sus bebés:

- Examen bucodental periódico
 - Limpieza dental
- Trabajos periodontales

Conozca qué servicios tienen cobertura. Explore el cuadro que se encuentra a continuación.

Diagnóstico	Miembros menores de 21 años	Miembros mayores de 21 años
Examen bucodental (hasta dos veces por año calendario)	Con cobertura	Con cobertura
Radiografías (una por año calendario)	Con cobertura	Con cobertura

Preventivos		
Profilaxis: limpieza (una vez cada 6 meses)	Con cobertura	Con cobertura
Flúor	Con cobertura	N/C

Restauradores		
Amalgamas	Con cobertura	Con cobertura
Resinas	Con cobertura	Con cobertura
Coronas	Con cobertura	Con cobertura
Restauración protectora	Con cobertura	Con cobertura

Endodoncia		
Tratamiento de conducto (limitaciones para adultos)	Con cobertura	Con cobertura
Pulpotomía	Con cobertura	N/C

Periodoncia		
Raspado periodontal y alisado radicular	Con cobertura	Con cobertura
Prótesis extraíbles		
Dentadura postiza completa (superior e inferior)	Con cobertura	Con cobertura

Dentadura postiza parcial (superior e inferior)	Con cobertura	N/C
Reparación de dentadura postiza	Con cobertura	Con cobertura
Rebasado de dentadura postiza	Con cobertura	Con cobertura

Servicios bucales y maxilofaciales		
Extracciones	Con cobertura	Con cobertura
Extracciones quirúrgicas	Con cobertura	Con cobertura
Alveoloplastia	Con cobertura	Con cobertura

Ortodoncia		
Ortodoncia	Con cobertura	N/C



Servicios para la vista
consulte los
servicios cubiertos
para la vista.

Visitas para el cuidado de la vista: puede consultar a su optometrista para sus necesidades de cuidado de la vista sin autorización previa. Pueden hacerle un examen de la vista y recetarle anteojos.

Anteojos: los miembros mayores de 21 años pueden obtener un solo par de anteojos cada dos años. Este límite no se aplica si necesita anteojos nuevos después de un procedimiento quirúrgico, como una cirugía de cataratas. Para miembros de hasta 20 años, los anteojos se reemplazan según sea necesario.

Lentes de contacto: los lentes de contacto están cubiertos con autorización previa para determinados diagnósticos cuando otros tratamientos médicos no son adecuados. Los niños menores de tres años que tengan un diagnóstico de afaquia no requieren autorización previa.



Servicios de farmacia
conozca cómo
obtener recetas
sin cargo.

Para obtener recetas sin cargo, debe usar una farmacia dentro de la red. Para buscar una farmacia dentro de la red, use nuestro Buscador de proveedores. Visite findaprovider.ilmeridian.com. Ingrese su dirección o código postal y, luego, seleccione "Pharmacy & Medical Supplies" (Suministros médicos y de farmacia). También puede llamar a nuestro equipo de Servicios al miembro al **855-580-1688**.

¿Qué es una lista de medicamentos preferidos (PDL)?

Una lista de medicamentos preferidos (PDL) es una lista de medicamentos que pueden utilizarse para el tratamiento de afecciones y para mejorar los resultados de salud. La PDL del Plan Medicaid de Meridian se basa en la PDL de Illinois. Meridian tiene en cuenta el asesoramiento clínico de proveedores, farmacéuticos y otros expertos médicos para mantener la PDL lo más actualizada posible. La PDL contiene medicamentos recetados y algunos medicamentos de venta libre.

Encontrará la PDL en nuestro sitio web, **ILmeridian.com**. Haga clic en “For Members” (Para miembros), luego en “Benefits and Services” (Beneficios y servicios) y, por último, en “Pharmacy” (Farmacia). Si desea una copia impresa, llame al **855-580-1688**.

En la PDL, se incluyen los medicamentos que están cubiertos y los medicamentos que requieren autorización previa. Si un medicamento de la PDL requiere autorización previa, su proveedor deberá presentar un formulario de solicitud de autorización previa. Si se otorga la autorización previa, el medicamento estará cubierto. El proveedor puede completar el formulario de solicitud de autorización previa y enviarlo por fax al Centro de Asistencia de la farmacia al **855-580-1695**.

Si un medicamento está cubierto o aprobado, su proveedor debe escribirle una receta para surtirlo en una farmacia local.

Los miembros de Medicaid de Meridian no deben abonar copagos por los medicamentos cubiertos o aprobados.

¿cómo puedo solicitar una excepción?
Algunos medicamentos no están incluidos en la PDL. No cubrimos ni pagamos los medicamentos que no están incluidos en la PDL, a menos que haya una excepción.

Algunos medicamentos están excluidos por el estado de Illinois. No se pueden hacer excepciones para estos medicamentos.

Si un medicamento no le resulta eficaz o le ocasiona malestar, su proveedor puede solicitar un medicamento diferente. Si el medicamento nuevo no figura en la PDL, el proveedor deberá completar un formulario de autorización previa. El proveedor puede enviar el formulario por fax a Meridian al **855-580-1695**.

Los medicamentos que se reciben en el consultorio de un proveedor también requieren autorización previa.

Debemos aprobar la excepción antes de que pueda surtir la receta.

Llame al equipo de Servicios de farmacia al **855-580-1688** (TTY: 711) si tiene preguntas.



Servicios de transporte

llegar a donde necesita ir

Meridian ofrece servicios de transporte para ayudar a los miembros a acceder a los servicios de atención.

Si se trata de una emergencia: llame al 911 o a una ambulancia. Su plan cubre servicios de ambulancia en situaciones de emergencia. No se necesita autorización previa (PA).

Si no se trata de una emergencia: su plan cubre el transporte de ida y vuelta a los lugares que necesita ir para cuidar a su familia. Estos lugares incluyen los siguientes:

- Consultorios de proveedores
- Citas para salud de comportamiento
- Lugares para administración de casos familiares
- Proveedores de equipo médico duradero (DME)
- Consultorios para mujeres, bebés y niños (WIC)

Puede solicitarle a Meridian un traslado sin cargo para estas situaciones. Lo recogeremos o le daremos un boleto de autobús. Meridian también ofrece un reembolso por gastos de combustible si usted es capaz de conducir o si lo trasladan hacia y desde cualquier cita que reúna los requisitos.

Llámenos al **866-796-1165** por lo menos con tres días de anticipación a su cita para hablar sobre sus opciones de traslado, programar un traslado o iniciar el proceso para obtener un reembolso por gastos de combustible. Asegúrese de tener a mano la siguiente información cuando llame:

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

- La fecha y la hora de su cita
- Otras personas que se trasladarán y sus edades
- El nombre de su proveedor
- Equipos o necesidades especiales (por ejemplo, si usa silla de ruedas o si necesita ayuda para caminar de ida y vuelta al automóvil)

Para solicitar asistencia para traslados urgentes o para el traslado a casa después de recibir el alta hospitalaria, puede llamarnos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al **866-796-1165**.

¿Necesita una camilla o una ambulancia para llegar de forma segura al lugar al que se dirige? Comuníquese con First Transit, nuestro contratista para servicios de ambulancia sin carácter de emergencia. Simplemente llame al **877-725-0569**. First Transit está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Si necesita cancelar el traslado: llame al **866-796-1165** apenas sepa que no necesita un traslado.

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios al miembro o a su coordinador de atención.



Servicios de salud de comportamiento

revise los servicios cubiertos de salud mental y abuso de sustancias.

Los servicios de salud de comportamiento son un tipo de atención médica que brinda apoyo emocional, orientación y guía. Su plan de Meridian cubre servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes hospitalizados, un programa de hospitalización parcial (PHP) para pacientes ambulatorios y un programa intensivo para

pacientes ambulatorios (IOP). Este plan también cubre un programa de salud de comportamiento extrahospitalario y para pacientes ambulatorios, conjuntamente con los servicios opcionales de rehabilitación y salud mental del Departamento de Servicios Sociales (DHS).

Servicios relacionados con el abuso de sustancias: los servicios relacionados con el abuso de sustancias están cubiertos por Meridian en sociedad con la División de Prevención y Recuperación del Uso de Sustancias (SUPR). Los servicios de desintoxicación para pacientes con trastorno del uso de sustancias (SUD) están cubiertos una vez cada 60 días. Los servicios adicionales relacionados con el abuso de sustancias incluyen lo siguiente:

- Desintoxicación
- Servicios para pacientes ambulatorios
- Pacientes ambulatorios intensivos
- Detección y evaluación

Para niños: Meridian se compromete a garantizar el acceso a los servicios de salud mental para niños. Proporcionamos servicios integrales para ayudar a su familia con las necesidades de salud mental del niño mediante oportunidades como nuestro Plan de atención familiar y nuestro Consejo de liderazgo de familia.

Línea de crisis de salud de comportamiento: su plan ofrece una línea de crisis de salud de comportamiento. Está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al **800-345-9049**. Todos los servicios son confidenciales.



Beneficios adicionales **explore programas para su salud.**

Sus beneficios de Meridian lo conectan con programas que pueden ayudarlo a lograr sus objetivos de peso saludable, controlar su presión arterial en casa y prevenir la diabetes tipo 2.

Apoyo para alcanzar un peso saludable

WW® (antes conocido como Weight Watchers) es un beneficio para todos los miembros de Medicaid en Illinois.

Usted puede hacer lo siguiente:

- Obtener 90 días de acceso a la aplicación WW, donde podrá seguir sus comidas, su peso y su actividad.
- Asistir a talleres en persona y en línea.

Llame a Servicios para Miembros al **866-606-3700** o comuníquese con su coordinador de atención para obtener más información.

Control de su presión arterial en casa

Meridian tiene un nuevo programa para controlar la presión arterial alta. Los miembros elegibles pueden controlar su presión arterial en casa. Una aplicación de teléfono inteligente compartirá las lecturas con los proveedores.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **866-606-3700**.

Prevención de la diabetes tipo 2

El Programa Nacional de Prevención de la Diabetes puede ayudarlo a reducir las chances de desarrollar diabetes tipo 2.

Este programa gratuito:

- le enseña las opciones saludables;
- lo apoya con orientaciones individuales; y
- está disponible en línea o puede asistir en persona a un programa en su área.

Si su proveedor le ha dicho que es prediabético, obtenga una derivación de un proveedor participante de Meridian en **ILmeridian.com/DiabetesProgram**.



Beneficios y recompensas adicionales

¡obtenga recompensas con Meridian!

A través de nuestro programa Healthy Rewards, puede ganar recompensas por cuidar su salud. Cuando hace cosas como consultar a su proveedor y realizar exámenes de detección de salud, puede ganar recompensas en dólares. Puede canjear estas recompensas por tarjetas de regalo.

Es posible que reciba por correo una tarjeta postal o un folleto donde se informan las recompensas por recibir servicios preventivos, como los siguientes:

- Examen físico/de rutina anual
- Pruebas de detección de cáncer de mama
- Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino
- Cuidado de la diabetes

Para comenzar a ganar, inicie sesión en el Portal para miembros en **member.ILmeridian.com**. También puede llamar a Servicios al miembro.

Ayude a su bebé a comenzar una vida prometedora.

A través de nuestro programa Start Smart for Your Baby®, ofrecemos asesoramiento y recursos a las miembros embarazadas y a los padres recientes. También organizamos *baby showers* durante el año con muchos materiales educativos y regalos.

Para inscribirse, simplemente complete un formulario de Notificación de embarazo. Puede hacerlo en el Portal para miembros. También puede llamar a Servicios al miembro.

Mamás: a continuación le mostramos cómo puede ganar más con Healthy Rewards.

Queremos brindar apoyo a los padres recientes durante su recorrido. Por eso, las mamás recientes y futuras pueden ganar lo siguiente:

- Hasta \$50 en tarjetas de regalo por completar el formulario de Notificación de embarazo. (¡Es muy fácil! Solo inicie sesión en el Portal para miembros o llame a Servicios al miembro).
- Hasta \$50 en tarjetas de regalo por asistir a consultas prenatales y posteriores al parto. También puede obtener artículos para bebés (con un valor de hasta \$140).



Costos compartidos acerca de su atención *sin cargo*

Meridian no cobra copagos ni tiene deducibles para sus miembros de Medicaid. Esto significa que usted nunca deberá recibir ninguna factura por sus beneficios, servicios previamente autorizados o suministros médicos cubiertos.

Si por error recibe una factura, envíela a:

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

Llame a Servicios al miembro al **866-606-3700** si tiene algún problema con las facturas médicas en relación con la atención cubierta. Puede recibir una factura por atención que recibió antes de afiliarse a Meridian. Llame al consultorio de su proveedor para obtener ayuda en relación con este tipo de factura.



Coordinación de la atención **obtenga el apoyo que necesita para vivir *más sano*.**

Si califica para coordinación de la atención y opta por permanecer en la coordinación de la atención, se le asignará un coordinador de atención. Su coordinador de atención trabajará con su plan de salud para ayudarlo a administrar su atención.

¿En qué consiste la coordinación de la atención?

La coordinación de la atención es un programa que ayuda a los miembros inscritos a obtener los servicios adecuados en el lugar y momento indicados. La coordinación de la atención emplea un enfoque holístico de la atención para vincularlo con los servicios y recursos de su comunidad que lo ayudarán a mejorar su salud y bienestar general, al mismo tiempo que coordina la atención con sus proveedores y equipo de atención.

Meridian cuenta con coordinadores de atención, que incluyen personal de enfermería, trabajadores sociales y otros expertos en atención médica, para trabajar con usted y su equipo de atención. Nuestro objetivo es ofrecerle atención personal y ayudarlo a mejorar su calidad de vida.

Puede calificar para recibir coordinación de la atención si cumple algo de lo siguiente:

- Tiene una discapacidad o un problema de salud crónico.
- Tiene dificultad para acceder a la atención que necesita.
- Consulta a varios proveedores.
- Necesita atención médica especial.

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

Si reúne los requisitos, se le asignará un coordinador de atención personal. Esta persona lo ayudará a recibir la atención que necesita de la siguiente manera:

- Completará evaluaciones y revisará los medicamentos.
- Elaborará un plan de atención para ayudarlo a identificar y satisfacer sus objetivos de salud.
- Lo conectará con servicios y recursos comunitarios que estén cerca de usted, incluidos los departamentos de salud locales.
- Lo ayudará a controlar mejor sus necesidades de atención médica.
- Colaborará con sus proveedores.
- Lo ayudará a conocer sus beneficios.
- Con un enfoque centrado en la persona para la administración de sus necesidades de atención, los apoyará a usted y a su equipo de atención para que entiendan los beneficios médicos y de salud de comportamiento.

Su coordinador de la atención se comunicará con usted en un plazo de 60 días a partir de la fecha de inscripción en el programa de coordinación de la atención. El coordinador de la atención intentará comunicarse con usted por teléfono, por correo o en persona para realizar una llamada de bienvenida, una evaluación o un examen de detección de riesgos de salud y un plan individual de atención (IPoC). Durante la llamada o visita de bienvenida, se le informarán los beneficios del plan y recibirá una introducción al programa de coordinación de la atención.

Llame a Servicios al miembro al **866-606-3700** para obtener más información o para solicitar un coordinador de atención.

Acerca de los trabajadores de salud comunitaria (CHW)

Los trabajadores de salud comunitaria (CHW) son los trabajadores de salud pública de primera línea en la comunidad que ayudan a los miembros a encontrar el rumbo en su atención médica.

Los CHW funcionan como un puente entre la atención médica y los servicios sociales, creando relaciones basadas en la confianza. Los servicios de CHW incluyen:

- Hacer visitas a los hogares para evaluar los obstáculos para la salud, incluido el seguimiento tras la hospitalización y la atención en la sala de emergencias
- Defender a los miembros ante los proveedores
- Coordinar los servicios sociales de apoyo (p. ej., ayuda para encontrar alimento y alojamiento)
- Fortalecer la moral y la autoestima del miembro, e incentivar las habilidades de autocontrol
- Ayudar con las iniciativas comunicacionales de calidad
- Ayudar a eliminar las barreras a los servicios de atención médica, incluida la conexión a recursos comunitarios y recordatorios sobre visitas programadas



Programas para el control de la salud beneficiarse de la asistencia especial.

Queremos que todos nuestros miembros se sientan lo mejor posible. Por eso, ofrecemos programas especiales de atención médica para ayudar a los miembros con inquietudes específicas. Es nuestra forma de hacer que su vida sea más brillante, un programa a la vez.

Programa para dejar de fumar

Es posible que usted reúna los requisitos para participar en el programa para dejar de fumar de Meridian, "New Beginnings". Este programa ofrece lo siguiente:

- Materiales educativos
- Acceso a personal capacitado que puede asesorarlo y apoyarlo
- Llamadas de asesoramiento para ayudarlo en el proceso de dejar de fumar

Llame al **844-854-5576** y pregunte por nuestro programa gratuito si quiere dejar de fumar.

Programa de control de enfermedades crónicas

Sabemos que controlar afecciones médicas crónicas puede ser difícil. El programa de control de enfermedades crónicas (CDM) está disponible para ayudarlo. Este programa está destinado a miembros con asma, EPOC, diabetes, insuficiencia cardíaca o enfermedad cardíaca. También es para miembros que desean dejar de fumar.

Todos los miembros que se unen a este programa obtienen lo siguiente:

- Apoyo del personal de enfermería y de atención médica
- Materiales educativos y boletines específicos sobre su afección
- Recordatorios sobre la atención que necesita para mantenerse sano

Si sufre asma, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, depresión, ansiedad, abuso de sustancias, diabetes o hipertensión, es posible que su inscripción en el programa CDM se realice de forma automática. También puede inscribirse llamando a Servicios al miembro al **866-606-3700**.

Programas para el control de la salud de la población

Los programas para el control de la salud de la población ayudan a los miembros a mejorar su salud y calidad de vida en general.

Administración de casos complejos: el programa de administración de casos complejos de Meridian ayuda a los miembros con todas sus necesidades relacionadas con la atención médica ofreciéndoles herramientas para controlar sus afecciones crónicas, citas y beneficios.

Fluvention®: el programa Fluvention® es un programa educativo utilizado para aumentar el acceso a la vacuna contra la gripe, agregar valor a la atención preventiva y mantener la buena salud de los miembros.

¿Cómo puedo participar en el programa de control de la salud?

Existen varias maneras de unirse al programa de control de la salud.

- Su proveedor de atención primaria (PCP) lo puede derivar al programa.
- Puede derivarse por su cuenta al programa llamando al **866-606-3700**.
- Puede inscribirse mediante nuestro Portal para miembros en **member.ILmeridian.com**.
- Puede quedar inscrito de forma automática cuando Meridian paga una factura relacionada con su problema de salud (p. ej., análisis de laboratorio, medicamentos o visita al consultorio).

Llame al **866-606-3700** si desea que lo excluyamos del programa de control de la salud.

Recuerde que estamos aquí para ayudarlo a vivir más sano. Si tiene preguntas o necesita que lo ayudemos con algo más, llámenos.



Prevención de la gripe protéjase y proteja a su familia de la gripe.

La vacuna contra la gripe es una manera recomendada y segura para que niños, adultos y embarazadas eviten la influenza (gripe). ¡Debe vacunarse contra la gripe todos los años para estar protegido! La vacuna es altamente recomendable para aquellas personas con afecciones crónicas, ya que contraer la gripe puede derivar en graves complicaciones de salud.

Combata los síntomas de la gripe vacunándose anualmente. Puede recibir su vacuna contra la gripe en una farmacia local o en el consultorio del proveedor. Consejos para prevenir la infección:

- Lávese siempre las manos con agua y jabón.
- Cuando tosa o estornude, cúbrase con un pañuelo.
- Si los síntomas son graves, comuníquese con su proveedor.

Si presenta síntomas parecidos a los de la gripe, se recomienda quedarse en casa durante por lo menos 24 horas, a menos que requiera atención médica o tenga otras necesidades. Para evitar las complicaciones de la gripe, es importante no estar en contacto estrecho con personas enfermas. Si desea más información sobre cómo prevenir la gripe, hable con su proveedor sobre las prácticas más convenientes y para obtener más información sobre la vacuna contra la gripe.



Recursos comunitarios de atención médica reciba apoyo en su comunidad.

Queremos asegurarnos de que nuestros miembros reciban toda la ayuda que necesitan para prosperar. Conozca algunos de los recursos que se encuentran específicamente en su comunidad.

Programa de administración de casos familiares

El programa de administración de casos familiares (FCM) promueve la salud durante el embarazo y en los niños. Está abierto a embarazadas que reúnan los requisitos para Medicaid. También brinda servicios a bebés y niños en situación de alto riesgo que tienen Medicaid.

Meridian trabaja con el programa de FCM para ayudar a coordinar su atención. Esto puede incluir:

- Coordinar los servicios con el programa de FCM
- Compartir información con sus proveedores de FCM
- Encontrar maneras para que Meridian, nuestra red de proveedores y los proveedores de FCM trabajen juntos
- Organizar reuniones con los proveedores de FCM para resolver problemas

Meridian identifica a las embarazadas y a los niños en situación de alto riesgo que reúnan los requisitos para los servicios de FCM y los deriva al programa de FCM más cercano a su domicilio. Su proveedor también puede derivarlo a servicios de FCM.

Los servicios de FCM incluyen:

- Visitas durante el embarazo y después de él para ayudarla a cuidarse usted misma y cuidar a su bebé.
- Acceso a profesionales de atención médica que le brindarán información sobre el embarazo, el trabajo de parto y el parto, sobre cómo cuidar a su bebé y sobre planificación familiar.
- Derivaciones a clases sobre el parto y la crianza, entre otros.

El programa de FCM también trabaja con agencias comunitarias para brindar ayuda a los miembros con lo siguiente:

- Servicios médicos
- Necesidades de salud mental
- Cuidado infantil
- Servicios relacionados con el abuso de sustancias
- Transporte
- Albergue
- Comida

Llame a Servicios al miembro si tiene alguna pregunta acerca del programa FCM.

Mujeres, bebés y niños (WIC)

WIC ayuda a las madres y a sus hijos a obtener cupones para alimentos, educación sobre la salud y apoyo nutricional. Debe cumplir ciertas condiciones para recibir los recursos de WIC. Puede llamar a WIC al **217-782-2166** para obtener más información. Si tiene preguntas, llame a Servicios al miembro.

Competencia cultural

“Competencia cultural” es un conjunto de actitudes, comportamientos y políticas que ayudan a las personas a trabajar con otros cuyas ideas y creencias son diferentes de las propias. Meridian está comprometida a educar a nuestros empleados y socios en la competencia cultural, a fin de brindar la mejor atención médica a nuestros miembros.

Meridian organiza grupos de discusión que analizan su atención, sus comentarios y nuestra competencia cultural. Los miembros pueden participar en los grupos de discusión. Si le interesa participar de una de estas reuniones de trabajo, llame a Servicios al miembro al **866-606-3700**.



Programa de restricciones de beneficiarios conozca cuándo puede haber *límites* con respecto al lugar en el que puede recibir servicios de atención.

Nuestro programa de restricciones de beneficiarios lo ayudará en caso de que esté haciendo un uso excesivo de los servicios. Si forma parte del programa de restricciones de beneficiarios, es posible que únicamente pueda obtener servicios de una farmacia designada o de su PCP. La restricción no es permanente. Se le notificará por correo si está incluido en este programa. Tiene derecho a presentar una apelación si lo incluyen en este programa y no desea permanecer en él.



Directivas anticipadas deje en *claro* sus deseos.

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

- Poder para tomar decisiones sobre la atención médica: esto le permite elegir a una persona que tome decisiones relacionadas con su atención médica en caso de estar muy enfermo para decidir por su cuenta.
- Testamento en vida: mediante este documento, le indica a su PCP y a otros proveedores qué tipo de atención desea en caso de tener una enfermedad terminal. Enfermedad terminal significa que no hay posibilidad de mejorar.
- Preferencia en cuanto a la salud mental: esto le permite decidir si desea recibir ciertos tipos de tratamientos de salud mental que podrían ayudarlo.
- Orden de no reanimar (DNR): esto le indica a su familia y a todos sus médicos y otros proveedores lo que usted desea hacer en caso de que tenga un paro cardíaco o respiratorio.

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

Si tiene preguntas sobre las directivas anticipadas, llame a Servicios al miembro. Puede encontrar información sobre las directivas anticipadas en el sitio web de Meridian, en **ILmeridian.com**. Puede obtener los formularios de directivas anticipadas en el consultorio de su proveedor u hospital local.



Quejas y apelaciones cómo *funcionan* las quejas y apelaciones

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

Quejas

Una queja es un reclamo sobre cualquier asunto que no sea la denegación, la reducción o la cancelación de un servicio o producto.

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

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

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

- Su proveedor o un miembro del personal de Meridian no respetaron sus derechos.
- Tuvo problemas para obtener una cita con su proveedor en un plazo adecuado.
- No se sintió satisfecho con la calidad de la atención o con el tratamiento que recibió.
- Su proveedor o un miembro del personal de Meridian fueron groseros con usted.

- Su proveedor o un miembro del personal de Meridian no tuvieron en cuenta sus necesidades culturales u otras necesidades especiales que pudiera tener.

Puede presentar su queja por teléfono llamando a Servicios al miembro al **866-606-3700**. También puede enviar una queja por escrito, por correo electrónico o fax:

Meridian
Attn: Grievance Dept.
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353
Fax: 833-669-1734

En la carta de queja, incluya toda la información que pueda. Por ejemplo, incluya la fecha y el lugar en que sucedió el incidente, los nombres de las personas involucradas y los detalles de lo que pasó. Asegúrese de incluir su nombre y su número de identificación de miembro.

Puede pedirnos que lo ayudemos a presentar su queja llamando a Servicios al miembro al **866-606-3700**.

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

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

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

Apelaciones

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

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

Usted podría no estar de acuerdo con una decisión o acción que haya tomado Meridian sobre los servicios o un producto que haya solicitado. Una apelación es una forma de pedirnos que revisemos nuestras acciones. Puede apelar en el plazo de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha que figura en nuestra carta de determinación adversa de beneficios. Si desea que sus servicios no sufran ninguna modificación en el transcurso de la apelación, deberá manifestarlo en el momento de apelar, y debe presentar la apelación en el plazo de diez (10) días calendario a partir de la fecha que figura en nuestra carta de determinación adversa de beneficios.

En la siguiente lista, se incluyen ejemplos de casos en los que podría querer presentar una apelación:

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

Puede presentar una apelación de dos maneras:

1. Llame a Servicios al miembro al **866-606-3700**. Si presenta una apelación por teléfono, debe confirmarla con una solicitud de apelación escrita y firmada.
2. Envíe su solicitud de apelación escrita por correo o fax a:

Meridian Appeals Dept.
PO Box 716
Elk Grove Village, IL 60009
Fax: 833-383-1503

Para servicios de farmacia:

Meridian Pharmacy Appeals
PO Box 31383
Tampa, FL 33631-3383
Teléfono: 855-580-1688 o TDD/TTY 711
Fax: 833-433-1078

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

¿Alguien puede ayudarlo con el proceso de apelación?

Tiene varias opciones de asistencia. Puede hacer lo siguiente:

- Solicitar a alguien que conozca que lo represente. Por ejemplo, su PCP o un familiar.
- Elegir que lo represente un profesional legal.

Para designar a alguien que lo represente:

1) envíenos una carta donde nos informe que desea que otra persona lo represente e incluya en la carta la información de contacto de dicha persona, o 2) complete el formulario de Apelaciones con el representante autorizado. Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web, en **ILmeridian.com**.

El proceso de apelación

Le enviaremos una carta de acuse de recibo en un plazo de tres (3) días hábiles para informarle que hemos recibido su apelación. Le informaremos si necesitamos más información y cómo puede brindarnos dicha información en persona o por escrito.

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

Meridian le enviará nuestra decisión por escrito en un plazo de quince (15) días hábiles a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación.

Meridian puede solicitar una extensión de hasta catorce (14) días calendario para tomar una decisión sobre su caso si necesitamos obtener más información antes de tomar una decisión. Usted también puede solicitar una extensión si necesita más tiempo para obtener otros documentos que respalden su apelación.

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

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

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

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

¿Cómo puede acelerar su apelación?

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

¿Cómo puede retirar una apelación?

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

Meridian les enviará una notificación a usted o a su representante autorizado para confirmar el retiro de su apelación. Si necesita más información sobre cómo retirar su apelación, llame a Meridian al **866-606-3700**.

¿Qué sucede a continuación?

Una vez que recibe por escrito la notificación de la decisión sobre la apelación de parte de Meridian, no debe tomar ninguna medida y se cerrará el archivo de su apelación. No obstante, si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación, puede tomar medidas y solicitar una apelación por audiencia imparcial del estado o una revisión externa de su apelación en un plazo de treinta (30) días calendario de la fecha que aparece en la notificación de decisión. Puede solicitar tanto una apelación por audiencia imparcial del estado como una revisión externa, o elegir solicitar solo una de estas opciones.

Apelación por audiencia imparcial

Si lo decide, puede solicitar una apelación por audiencia imparcial del estado en un plazo de ciento veinte (120) días calendario a partir de la fecha de la notificación de la decisión, pero debe enviar su solicitud en un plazo de diez (10) días calendario a partir de la fecha de la notificación de la decisión si desea continuar con sus servicios. Si no gana esta apelación, es posible que deba pagar por los servicios que se le hayan prestado durante el proceso de apelación.

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

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

- En el Centro de recursos para la familia y la comunidad de su zona pueden entregarle un formulario de apelación para solicitar una audiencia imparcial del estado y, si lo desea, lo ayudarán a completarlo.

- Visite **abe.illinois.gov/abe/access/appeals** para abrir una cuenta de apelaciones de solicitud de elegibilidad para beneficios (ABE) y presentar una apelación por audiencia imparcial del estado en línea. Esto le permitirá controlar y gestionar su apelación en línea, ver fechas importantes y notificaciones relacionadas con la audiencia imparcial del estado y presentar documentación.

- Si desea presentar una apelación por audiencia imparcial del estado relacionada con sus servicios o productos médicos, o con los servicios del Programa de atención en la comunidad con exención por edad avanzada (CCP), envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Illinois Department of Healthcare and Family Services
Bureau of Administrative Hearings
69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602

Fax: 312-793-2005

Correo electrónico: **HFS.FairHearings@illinois.gov**

O puede llamar al **855-418-4421**,
TTY: (800) 526-5812

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

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

Correo electrónico: **DHS.HSPApeals@illinois.gov**

O puede llamar al **(800) 435-0774**,
TTY: (877) 734-7429

El proceso de la audiencia imparcial del estado

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

Recibirá información de Meridian al menos tres (3) días hábiles antes de la audiencia. Se incluirán todas las pruebas que presentaremos en la audiencia. Esta información también se enviará al funcionario de audiencias imparciales. Debe proporcionar todas las pruebas que presentará en la audiencia a Meridian y al funcionario de audiencias imparciales, al menos, tres (3) días hábiles antes de la audiencia. Esto incluye una lista de todos los testigos que se presentarán en su nombre, así como todos los documentos que utilizará para respaldar su apelación.

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

Prolongación o postergación

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

Falta de comparecencia en la audiencia

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

Se puede volver a programar su audiencia si nos informa en un plazo de diez (10) días calendario a partir de la fecha en que recibió la notificación de rechazo, si el motivo para no comparecer fue:

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

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

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

La decisión de la audiencia imparcial del estado

La oficina de audiencias correspondiente les enviará por escrito a usted y a todas las partes interesadas una decisión administrativa definitiva. La decisión también estará disponible en línea a través de su cuenta de apelaciones de ABE. Solo los Tribunales de circuito del estado de Illinois podrán revisar esta decisión administrativa definitiva. El plazo que el Tribunal de circuito otorgará para la presentación de la revisión puede ser de tan solo treinta y cinco (35) días a partir de la fecha de esta carta. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina de audiencias.

Revisión externa (para servicios médicos únicamente)

Dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha que aparece en la notificación de decisión de Meridian, puede elegir solicitar una revisión por parte de una persona que no pertenezca a Meridian. Esto se llama revisión externa. El revisor externo debe cumplir con los siguientes requisitos:

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

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

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

Meridian Appeals Dept.
PO Box 716
Elk Grove Village, IL 60009

¿Qué sucede a continuación?

- Revisaremos su solicitud para determinar si reúne los requisitos para una revisión externa. Tenemos cinco (5) días hábiles para hacerlo. Le enviaremos una carta en la que le informaremos si la solicitud cumple con estos requisitos. Si la solicitud cumple con los requisitos, la carta tendrá el nombre del revisor externo.
- Tiene cinco (5) días hábiles a partir de la carta que le enviamos para proporcionar cualquier información adicional sobre su solicitud al revisor externo.

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

Revisión externa acelerada

Si el plazo habitual para una revisión externa puede poner en riesgo su vida o su salud, usted o su representante puede solicitar una revisión externa acelerada. Puede solicitarla por teléfono o por escrito. Para solicitar una revisión externa acelerada por teléfono, llame a Servicios al miembro al número gratuito **866-606-3700**. Para solicitarla por escrito, envíenos una carta a la dirección que se indica a continuación.

Puede solicitar la revisión externa de una medida específica solo una (1) vez. En su carta, debe solicitar una revisión externa de esa medida.

Meridian Appeals Dept.
PO Box 716
Elk Grove Village, IL 60009
Fax: 833-383-1503

Para servicios de farmacia:

Meridian Pharmacy Appeals
PO Box 31383
Tampa, FL 33631-3383
Teléfono: 855-580-1688 o TDD/TTY 711
Fax: 833-433-1078

¿Qué sucede a continuación?

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



Derechos y responsabilidades los miembros del plan tienen derechos y responsabilidades. esto es lo que debe saber.

Sus derechos:

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

Sus responsabilidades:

- Tratar al proveedor y al personal del consultorio con cortesía y respeto.
- Llevar su tarjeta de identificación de miembro cuando vaya a las citas con el proveedor y a la farmacia para recoger medicamentos recetados.
- Asistir a sus citas y llegar puntualmente.
- Si no puede asistir a una cita, debe cancelarla con anticipación.
- Seguir las instrucciones y el plan de tratamiento que le indique el proveedor.
- Informar a Meridian y al trabajador social si cambia su información de contacto.
- Leer el manual del miembro para saber qué servicios están cubiertos y si se aplican reglas especiales.



Fraude, abuso y abandono infórmenos cuando algo no está bien.

El fraude, el abuso y el abandono son incidentes que deben informarse. Debe denunciar a cualquier miembro, proveedor o farmacia que cometa fraude. Para hacerlo, no es necesario que dé su propio nombre. Puede denunciar fraude, derroche o abuso al **866-685-8664** o por correo electrónico a **Special_Investigations_Unit@CENTENE.COM**.

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

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

El abuso ocurre cuando alguien provoca daños o lesiones físicos o mentales. Algunos ejemplos de abuso:

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

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

Si cree que es una víctima, debe informarlo de inmediato. Puede llamar a Servicios al miembro al **866-606-3700**.

Línea de ayuda para hogares de ancianos:

844-528-8444

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

Línea de ayuda para reclamos sobre programas de asistencia para la vida cotidiana:

844-528-8444

Servicios de protección para adultos:

866-800-1409 (TTY: 888-206-1327)

La línea directa de los servicios de protección para adultos del Departamento de Personas de Edad Avanzada de Illinois (IDoA) recibe denuncias de maltrato, abandono o explotación de todos los adultos mayores de 18 años. El trabajador social de Meridian le proporcionará 2 folletos informativos sobre las denuncias de abuso, abandono y explotación. Puede solicitar copias nuevas de estos folletos en cualquier momento.



Definiciones

estas son algunas definiciones de términos comunes relacionados con el plan.

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

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

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

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

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

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

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

Servicios y dispositivos de recuperación significa servicios que ayudan a una persona a mantener, adquirir o mejorar habilidades y funciones para la vida cotidiana. Un ejemplo de esto sería la terapia para un niño que no camina o habla a la edad prevista. Estos servicios pueden

incluir fisioterapia y terapia ocupacional, terapia del habla y otros servicios para personas con discapacidades en diversos entornos, tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

descargos de responsabilidad

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

Meridian:

Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

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

Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas que no hablan inglés como idioma principal, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de quejas de Meridian. Si considera que Meridian no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra

manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante el coordinador de quejas de Meridian. Puede presentar una queja en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de quejas de Meridian está disponible para brindarle asistencia.

Correo postal:

Meridian
Attn: Grievance Coordinator
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353

Teléfono: 866-606-3700

(los usuarios de TTY deben llamar al 711)

Fax: 833-669-1734

Correo electrónico:

medicaidgrievances@mhplan.com

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

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Complaint forms are available at www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866-606-3700 (TTY: 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 866-606-3700 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 866-606-3700 (TTY: 711)。

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 866-606-3700 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog-Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 866-606-3700 (TTY: 711).

العربية (Arabic): ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 866-606-3700 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 866-606-3700 (телетайп: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 866-606-3700 (TTY: 711).

اُردُو (Urdu): خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 866-606-3700 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 866-606-3700 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 866-606-3700 (TTY: 711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 866-606-3700 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Français (French): ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 866-606-3700 (ATS: 711).

λληνικά (Greek): ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 866-606-3700 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 866-606-3700 (TTY: 711).

resumen de las prácticas de privacidad

En este resumen, se describen la forma en que se podrá utilizar y divulgar su información médica y personal, y la forma en que usted podrá tener acceso a dicha información. Revise esta sección detenidamente. Si desea leer el aviso completo sobre prácticas de privacidad, visite ILmeridian.com o llame a Servicios al miembro al **866-606-3700** para obtener una copia impresa.

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

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

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

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

Operaciones comerciales. Es posible que debamos utilizar y divulgar información médica sobre usted en relación con nuestras operaciones comerciales.

Por ejemplo, podemos utilizar información médica sobre usted para revisar la calidad de los servicios que recibe.

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

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

Copias de este aviso. Tiene derecho a recibir una copia adicional de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso en formato electrónico, tiene derecho a recibir una copia impresa. Llámenos o escribanos para solicitar una copia.

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

Su derecho a inspeccionar y recibir una copia. Usted puede solicitar, por escrito, el derecho a inspeccionar la información que tenemos sobre usted y a solicitar copias de dicha información. Podemos denegar su solicitud debido a ciertos motivos limitados, pero debemos justificar por escrito el motivo de nuestra denegación.

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

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

Su derecho a solicitar restricciones sobre nuestro uso o divulgación de la información. Si lo hace por escrito, usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre la información que podemos utilizar o divulgar sobre usted. No estamos obligados a aceptar dichas solicitudes.

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

Cómo ejercer los derechos establecidos en este aviso. Si desea ejercer sus derechos establecidos en este aviso, puede llamarnos o escribirnos. Su solicitud debe realizarse por escrito. Lo ayudaremos a preparar su solicitud por escrito, si lo necesita.

Reclamos ante el gobierno federal. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar un reclamo ante el gobierno federal. Puede escribir a esta dirección:

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

También puede visitar su sitio web en **www.hhs.gov/ocr.**

Preguntas o reclamos acerca de la privacidad y comunicaciones dirigidas a nosotros. Si desea ejercer sus derechos establecidos en este aviso, si desea comunicarse con nosotros en relación con asuntos de privacidad o si desea presentar un reclamo relacionado con asuntos de privacidad, puede escribirnos a la siguiente dirección:

**Meridian Privacy Officer
1333 Burr Ridge Parkway
Suite 100
Burr Ridge, IL 60527**

También puede llamarnos al **866-606-3700**. No se lo sancionará por presentar un reclamo. Puede ver una copia de este aviso en nuestro sitio web, **ILmeridian.com**.

**comuníquese
con nosotros.**

**Servicios al miembro
de Meridian**

**866-606-3700
(TTY: 711)**

**De lunes a viernes,
de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.**

Lleve un registro del equipo de *atención* de su familia.

Use esta página para anotar los nombres y la información de contacto de los proveedores a los que su familia consulta con regularidad. Esto podría incluir PCP, odontólogos, obstetras/ginecólogos, especialistas, terapeutas, entre otros. ¿Necesita más espacio? Use la sección Notas en la página siguiente.

Nombre del proveedor: _____	Nombre del proveedor: _____
Especialidad: _____	Especialidad: _____
Número de teléfono: _____	Número de teléfono: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Nombre del proveedor: _____	Nombre del proveedor: _____
Especialidad: _____	Especialidad: _____
Número de teléfono: _____	Número de teléfono: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Nombre del proveedor: _____	Nombre del proveedor: _____
Especialidad: _____	Especialidad: _____
Número de teléfono: _____	Número de teléfono: _____
Dirección: _____	Dirección: _____



**Servicios al miembro de Meridian:
866-606-3700 (TTY/TDD: 711)**

member.ILmeridian.com

Revisado: 3/28/2023

Aprobado por el estado: 4/6/2023

Manual del miembro de Illinois