

Voces de Familia de Illinois
El Arca de Illinois
Centro de Información y Educación de Salud Familia a Familia

www.familyvoicesillinois.org familytofamily@thearcofil.org
708-560-6703 (voice) 866-931-1110 (Llamada Gratuita para familias de Illinois)

**Herramientas para la Defensa del Programa de Cuidado Integral
de Medicaid del Estado de Illinois
Mayo 2011**

<u>Tabla de Contenido</u>	<u>Número de Página</u>
1. Guía para Consumidores y Familias	2
2. Cronograma para la Transición al Programa de Cuidado Integral de Illinois	3
3. Guía de Contactos	4
4. Tabla de Resumen Informativo de HMO	6
5. Para Elegir un Plan de Cuidado Integral: Una Hoja de Ejercicios Para los Participantes del Plan de Cuidado Integral de Illinois	11
6. Ejemplo de Carta Solicitando Acuerdo de Caso Único	12
7. Sus Derechos de Apelación en el Programa de Cuidado Integral de Medicaid	14

Información/Links para Ayuda Adicional:

1. Información de Fondo sobre el Programa de Cuidado Integral (Folletos de HFS)
<http://www.familyvoicesillinois.org/documents/documentdetails.asp?did=2746>
2. Formularios para registro de Datos de la página Web de DSCC:
<http://internet.dsccl.uic.edu/dscclroot/parents/ccr.asp> (versiones Word y PDF)
Doctores/Terapeutas/Dentistas: <http://internet.dsccl.uic.edu/forms/ccr/ccr4.pdf>,
Hospitalizaciones: <http://internet.dsccl.uic.edu/forms/ccr/Ccr30.PDF>
Medicamentos: <http://internet.dsccl.uic.edu/forms/ccr/Ccr28.PDF>
Equipo/suministros: <http://internet.dsccl.uic.edu/forms/ccr/Ccr32.PDF>

Programa de Cuidado Integral de Medicaid del Estado de Illinois (ICP, por sus siglas en inglés) para Adultos con Discapacidades – Guía para Consumidores y Familias: Recursos para Ayudarle a Elegir el Proveedor más Apropriado Mayo 2011

El programa de Medicaid del estado de Illinois, cuenta ahora con un programa especial para adultos de 19 años de edad o mayores, que sufran discapacidades y que reciben Ingresos de Seguridad Suplementarios (SSI, por sus siglas en inglés). Este programa se llama Programa de Cuidado Integral (ICP, por sus siglas en inglés).

La participación en este programa es obligatoria. Las personas elegibles para participar en este programa, que habitan en las áreas designadas para su implementación, están recibiendo por correo cartas del Departamento de Cuidado Médico y Servicios Familiares del Estado de Illinois, (HFS, por sus siglas en inglés). Usted tendrá 60 días a partir de la fecha en que reciba su carta para elegir entre uno de los dos planes de salud contratados a través de HFS. Los nombres de estos planes de salud son: Aetna Better Health e IlliniCare Health Plan.

Esta guía para el consumidor puede ayudarle a elegir el plan de salud que se adapte mejor a sus necesidades. Los recursos que se suministran aquí, le ayudarán a recabar información importante sobre sus necesidades de cuidado médico. También le permitirá comparar ambos planes basándose en la forma en que estos pueden cubrir sus necesidades. Después tendrá que decidir sobre cual de los planes va a elegir o si necesita solicitar al HFS un Acuerdo de Caso Único ("Single Case Agreement"), el cual se explica más adelante.

La hoja de ejercicios en la página 12 de estas herramientas le puede ayudar a recabar información para comparar los planes. Puede encontrar la información necesaria en la página Web del proveedor del plan de salud y/o llamándolos a sus teléfonos libre de costo. También puede llamar a una de las agencias Facilitadoras de Inscripción para mayor asistencia. Llene el formulario con su información personal. Obtenga respuestas sobre su situación personal de cada uno de los planes de salud (también conocidos como Organizaciones de Manejo de Cuidado, "*Managed Care Organizations*" o MCO's por sus siglas en inglés). Compare la información para ver cual de los planes cubre más sus necesidades e incluye en su red la mayor cantidad de los doctores y hospitales de su preferencia.

¡Auxilio! Mis doctores y/o mis planes de salud no están en ninguna de las dos redes. ¿Qué debo de hacer?

Los Consumidores que están inscritos en Medicaid y se les requiere participar en el Programa de Cuidado Integral tienen el derecho de solicitar un "**Acuerdo de Caso Único**" ("**Single Case Agreement**") para poder permanecer con el/los doctor(es) y hospital(es) que los atienden actualmente. Si no solicita un Acuerdo de Caso Único ("Single Case Agreement") y el/los doctor(es) y hospital(es) que usted utiliza no está(n) "**en la red**" de una o ambas de las MCO's, sólo se le permitirá permanecer con su proveedor de cuidado actual por 90 días. Después de este lapso usted deberá comenzar a ver a los "**proveedores registrados en la red**".

Cronograma para la Transición al Programa de Cuidado Integral de Illinois

Preparándose - Desde ahora hasta el verano de 2011

- Eventos de Difusión Informativa del Proveedor de Cuidado Integral – Las dos organizaciones contratadas por HFS de Illinois (Departamento de Cuidado Médico y Servicios Familiares del Estado de Illinois) estarán ofreciendo información a clientes potenciales. Asista a uno de estos eventos y recabe tanta información como le sea posible. Llame a Aetna Better Health al 1-866-212-2851 y/o a IlliniCare al 1-866-329-4701 o visite su página Web, (listadas a continuación).
- Recabe información sobre ambos planes incluyendo si estos planes incluyen o no a los doctores, hospitales, servicios y suministros que son importantes para usted. Registre esta información en la tabla incluida en estas herramientas.
- Esté atento a su correo para recibir la carta de HFS (“Health and Family Services” / Departamento de Cuidado Médico y Servicios Familiares del Estado de Illinois) para su inscripción al programa.
- Revise la copia del “paquete de inscripción” completo en la página Web del Centro de Información de Salud Familia a Familia:
<http://www.familyvoicesillinois.org/documents/documentdetails.asp?did=2746>
- Dígale a todos sus doctores y otros proveedores sobre el Programa de Cuidado Integral en el cual se le va a requerir a usted que participe.

Cuando reciba su carta de inscripción...

- Registre la fecha en que recibió la carta aquí: _____
- Encuentre y registre información detallada sobre cada plan de salud. Utilice la información en sus páginas Web, llámelos y/o llame a las agencias facilitadoras de inscripción.
- Recuerde que va a tener que realizar búsquedas en las páginas Web de las compañías de cuidado manejado (MCO's), específicas respecto a sus contratos con el Departamento de Cuidado Médico y Servicios Familiares del Estado de Illinois (HFS, por sus siglas en inglés). Cada una de las dos compañías de seguro ha establecido una división para este propósito específico, listadas a continuación. No utilice las páginas corporativas principales para buscar proveedores que participen en el Programa de Cuidado Integral exclusivo de Medicaid.
 - Aetna Better Health: <http://www.aetnabetterhealth.com/Illinois/default.aspx>
 - IlliniCare: <http://www.illinicare.com/>
 - Agencias Facilitadoras de Inscripción:
http://illinoiscebicp.com/files/Community_Helper_list.pdf
 - Agente de Inscripción de Cliente de Illinois (Sistemas de Salud Automatizados):
<http://illinoiscebicp.com/>
- **Tendrá 60 días** para elegir un plan de salud y a un Proveedor de Cuidado Primario o para presentar una solicitud por escrito para un “acuerdo de caso único”.
- **Si tiene un tratamiento en curso y su proveedor no está en la red, dispondrá de 90 días** para continuar con sus proveedores actuales, una vez inscritos en una de las Organizaciones de Cuidado Manejado.

Departamento de Cuidado Médico y Servicios Familiares del Estado de Illinois

Guía de Contactos del Programa de Cuidado Integral

Departamento de Cuidado Médico y Servicios Familiares del Estado de Illinois División de Programas Médicos

Division of Medical Programs
Department of Healthcare and Family Services
201 South Grand Avenue East
Springfield, Illinois 62763-0001
Teléfono: 217-782-2570
Fax: 217-782-5672
E-mail: Medical Programs

Programas Médicos – Oficina de Cuidado Manejado

La Oficina de Cuidado Manejado es responsable de implementar los programas de cuidado manejado, desarrollando políticas y procedimientos y obteniendo y monitoreando contratos. Illinois tiene tres sistemas para hacer llegar el cuidado manejado: Programa de Cuidado Integral (ICP, por sus siglas en inglés), Manejo de Caso de Cuidado Primario (PCCM, por sus siglas en inglés), Cuidado Manejado por Voluntarios (VMC, por sus siglas en inglés).

Teléfono: 217-524-7478

Fax: 217-524-7535

<http://www.hfs.illinois.gov/managedcare/>

Proveedores de Cuidado Manejado que Participan en el Programa de Cuidado Integral

1. Aetna Better Health
866-212-2851
www.aetnabetterhealth.com/illinois
One South Wacker
Chicago, IL 60606

Las siguientes direcciones son de las oficinas corporativas de Aetna y Aetna Better Health. Aetna Better Health es la división de Aetna que trata con programas de cuidado manejados por Medicaid. Estas direcciones son suministradas por su conveniencia, en caso de que desee comunicarse con el liderazgo corporativo.

Aetna (oficinas principales corporativas)
151 Farmington Avenue
Hartford, CT 06156
Tel. 1-800-87-AETNA ó 1 860-273-0123
<http://www.aetna.com/index.html>

Aetna Better Health
P.O. Box 8156
Newark, DE 19714-8156

2. Centene Corporation- IlliniCare Health Plan
IlliniCare Health Plan
999 Oakmont Plaza Drive
Westmont, IL 60559
Tel. 866-329-4701
www.illinicare.com

Esta dirección corporativa ha sido incluida para su conveniencia.

Centene Corporation
National Headquarters
Centene Plaza
7700 Forsyth Blvd.
St. Louis, MO 63105
Tel. (314) 725-4477
<http://www.centene.com/contact-us/>

Agente de Inscripción de Cliente de Illinois (Sistemas de Salud Automatizados)

(Illinois Client Enrollment Broker - Automated Health Systems)

Horario: Lunes a Viernes 8 am. a 7 pm. & Sábados 9 am. a 1 pm.

1-877-912-8880 (TTY: 1-866-565-8576) La llamada es gratuita.

Puede conseguir ayuda/información en otros idiomas y formatos (como grabación de audio).

Hay información en español. ¡Servicio de intérprete gratis!

Llame al 1-877-912-8880 (TTY: 1-866-565-8576)

[Automated Health Systems](#)

1375 E Woodfield Rd Ste 600

Schaumburg, IL 60173

847-995-1021

Proveedor de Cuidado Integral Resumen de Información

Recurso	Aetna Better Health	Plan de Salud IlliniCare	Agente de Inscripción de Cliente de IL
Página Web	Inglés: www.aetnabetterhealth.com/illinois Español: http://trans5.convertlanguage.com/dela/warepc/enes/24/www_aetnabetterhealth.com/Illinois/IllinoisMembers.aspx?menu=2	Inglés: www.illinicare.com	Inglés: http://www.illinoiscebicp.com/Default.aspx Español: http://illinoiscebicp.com/files/Program_Benefits_for_the_ICP_Spanish_Link.pdf
Información de Contacto	Aetna Better Health, Illinois One South Wacker Chicago, IL 60606 312-821-0502	IlliniCare Health Plan 999 Oakmont Plaza Drive Westmont, IL 60559 866-329-4701	Sistemas de Salud Automatizados Automated Health Systems 1375 E Woodfield Rd Ste 600 Schaumburg, IL 60173 847-995-1021 http://www.automated-health.com/
Horas de Oficina	Lunes a Viernes, 8 AM – 5 PM (excepto feriados Estatales) Servicios a miembros 24/7	Servicios a Miembros (866) 329-4701 TDD/TTY: (866) 811-2452 8 AM – 5 PM Línea de Enfermera – Fuera de Horas de Oficina (866) 329-4701	Lunes a Viernes 8 AM - 7 PM Sábados 9 AM – 1 PM

Recurso	Aetna Better Health	Plan de Salud IlliniCare	Agente de Inscripción de Cliente de IL
Manual para Miembros a. Inglés b. Español	a. http://www.aetnabetterhealth.com/ILLINOIS/PDFDocs/IllinoisHandbook.pdf b. http://www.aetnabetterhealth.com/ILLINOIS/PDFDocs/IllinoisHandbookSpanish.pdf	a. http://www.illinicare.com/files/2011/04/IlliniCare-Member-Handbook_Draft_3-29-11-finalWITHCOVER.pdf b. No está disponible <i>IlliniCare</i> puede ayudar a traducir los beneficios cubiertos por su plan de salud <i>IlliniCare</i> también puede ayudar a traducir los servicios disponibles. Si necesita algo traducido a otro idioma que no sea inglés por favor llame. <i>IlliniCare</i> . http://www.illinicare.com/members/diversity-resources/	a. http://illinoiscebicp.com/files/ICP_Information_Guide.pdf b. http://illinoiscebicp.com/files/ICP_Information_Guide_Spanish.pdf
Información de Farmacia	Con Prescripción Médica: http://www.aetnabetterhealth.com/ILLINOIS/PDFDocs/Aetna_Better_Health_IL_Formulary_5.1.11.pdf Sin Prescripción Médica: http://www.aetnabetterhealth.com/ILLINOIS/PDFDocs/Aetna_Better_Health_IL_OTC_List_2_23_11.pdf	Con y Sin Prescripción http://www.illinicare.com/files/2010/12/IlliniCare-Health-Plan-PDL-May-2011_042011.pdf	Notificación de HFS a farmacias participantes 5/19/11: http://www.hfs.illinois.gov/assets/051911n.pdf
Buscador de Proveedor / Hospital	http://www.aetnabetterhealth.com/Illinois/FindProvider.aspx?menu=1	http://www.illinicare.com/find-a-provider/	http://www.illinoiscebicp.com/PCPSearch/ICSearchLogin.aspx

Recurso	Aetna Better Health	Plan de Salud IlliniCare	Agente de Inscripción de Cliente de IL
Manuales de Proveedores	http://www.aetnabetterhealth.com/Illinois/PDFDocs/IL_Provider_Handbook_Version_1.pdf	http://www.illinicare.com/files/2011/04/IlliniCare-Provider-Manual.pdf	http://www.illinoishealthconnect.com/providerinfo.aspx
Resumen de Beneficios a. Inglés b. Español	<p>a. http://www.aetnabetterhealth.com/Illinois/PDFDocs/DescOfCare.pdf</p> <p>b. http://www.aetnabetterhealth.com/Illinois/PDFDocs/DescOfCareSpanish.pdf</p>	<p>a. http://www.illinicare.com/files/2010/12/Benefit-Grid-Stand-alone4-61.pdf (sólo en Inglés)</p>	<p>a. http://illinoiscebicp.com/files/ICP_Comparison_Charts.pdf</p>
Opciones de Transporte	<p>Contratado con Medical Transportation Management, Inc: 1-888-513-1612</p> <p>Medical Transportation Management, Inc. 16 Hawk Ridge Drive Lake St. Louis, Missouri 63367-1829 Tel: 636-561-5686 Llame Gratis: 1-888-561-8747 Fax: 636-561-2962 E-mail: marketing@mtm-inc.net Lunes a Sábado 8 AM – 6 PM</p> <p>También se dispone de reembolso de millas si utiliza su propio vehículo o alguien lo lleva. Contacte a Servicios a Miembros dentro de los 7 días posteriores a la cita para solicitar el reembolso.</p>	<p>Servicios de Transporte no de emergencia, para servicios que sean médicamente necesarios son cubiertos por IlliniCare. IlliniCare también proporcionará un acompañante si se solicita por adelantado. Para programar la transportación, por favor llame al 866-329-4701</p> <p>Llame a Servicios a Miembros para programar el transporte con un mínimo de 2 días de antelación.</p> <p>Proveedor: First Transit.</p> <p>First Transit Inc. Corporate Headquarters 600 Vine Street, Suite 1400 Cincinnati, OH 45202 Tel 513-241-2200</p> <p>https://www.firsttransit.com/contact-us</p>	NA

Recurso	Aetna Better Health	Plan de Salud IlliniCare	Agente de Inscripción de Cliente de IL
Opciones de Cuidado Dental (Salud Bucal)	DentaQuest 1-800-416-9185 (Llamada gratuita) 12121 Corporate Parkway Mequon, WI 53092-9838 Llame Gratis al 1.800.417.7140 Número Local 1.262.241.7140 http://www.dentaquestgov.com/	Proveedor no especificado. Llame a Servicios a Miembros	NA
Servicios de Salud Conductual (Salud Mental)	Llame a Servicios a Miembros	http://www.illinicare.com/stay-healthy/health-services/mental-health-services/ IlliniCare ofrece acceso a sus miembros a todos los servicios de salud conductual o mental cubiertos, "medicamente necesarios", a través de Cenpatico. Los miembros de IlliniCare que busquen servicios de salud mental o de problemas de adicciones a drogas o alcohol, pueden auto referirse a un proveedor de la red por treinta (30) sesiones estándar de paciente externo, por miembro, pero se requiere previa autorización para visitas subsecuentes. Para obtener asistencia para identificar un proveedor de servicios de salud mental o conductual o para obtener autorización para pacientes internos o externos, pueden contactar a Cenpatico al 1-866-329-4701. En caso que un medico o terapeuta no esté disponible para brindar asistencia oportuna a un miembro, IlliniCare brindará asistencia para conseguir autorización para un médico o terapeuta	

Recurso	Aetna Better Health	Plan de Salud IlliniCare	Agente de Inscripción de Cliente de IL
		<p>que pueda cubrir las necesidades del miembro de manera oportuna.</p> <p>Buscador de Proveedores de Cuidado de Salud Conductual/Mental: http://www.cenpatico.com/find-a-provider/</p> <p>Cenpatico, una subsidiaria de Centene, es la contratista: http://www.cenpatico.com/contact-us/</p> <p>Cenpatico 504 Lavaca St., Suite# 850 Austin, TX 78701 (512) 406-7200</p>	
<p>Auto- Referirse / Acceso Directo</p>	<p>Los miembros pueden auto-referirse / tener acceso directo a algunos de los servicios sin la autorización del proveedor de cuidado primario (PCP). Estos servicios incluyen cuidado de salud conductual, cuidado de la vista, salud dental. Planificación familiar y servicios provistos por Proveedores de Cuidados de Salud para Mujeres <i>Women's Health Care Providers</i> (WHCPs). Los miembros deben obtener estos servicios auto-referidos de la red de proveedores de Aetna Better Health http://www.aetnabetterhealth.com/Illinois/PDFDocs/IL_Provider_Handbook_Version_1_1%20(5_4_11).pdf</p>		

Para Elegir un Plan del Programa de Cuidado Integral de Medicaid: Una Hoja de Ejercicios para Participantes del Programa de Cuidado Integral de Illinois

Antes de elegir a uno de los proveedores contratados por el Departamento de Cuidado Médico y Servicios Familiares del Estado de Illinois para el Plan de Cuidado Integral, estudie cuidadosamente su información y registre sus datos en este formulario. Cuando el formulario esté lleno, usted tendrá información detallada para ayudarlo a elegir un plan que cubra sus necesidades. También puede ayudarlo a reconocer si tiene necesidad de presentar una solicitud por escrito para un Acuerdo de Caso Único (“Single Case Agreement”), ante el Departamento de Cuidado Médico y Servicios Familiares del Estado de Illinois (HFS, por sus siglas en inglés)

	Actual: Proveedores/ Información	Red de Aetna Better Health	Red de IlliniCare Health Plan	Comentarios/Preguntas
Mi Centro Médico/Hospital				
Doctor Primario (PCP)				
Especialistas (lista)				
Especialistas				
Mis Medicinas sujetas a Prescripción Médica				
Mis Medicinas no sujetas a Prescripción Médica (OTC)				
Transportación a las citas				
Cuidado Dental (Salud Bucal)				
Salud Mental (Salud Conductual)				
Mi Equipo Médico				
Mis Suministros Médicos				
Necesidades de Accesibilidad/ Específicas por Discapacidad				
Pagos Suplementarios por Servicios				
Exámenes y Evaluaciones (y con qué frecuencia)				
Otras Necesidades de Cuidado de Salud (especifique)				

Ejemplo de Carta Solicitando Acuerdo de Caso Único (Single Case Agreement) para Participantes del Plan de Cuidado Integral

Bureau of Contract Management
Division of Medical Programs
Illinois Department of Healthcare and Family Services
201 South Grand Avenue East
Springfield, Illinois 62763-0001
(Fax: 217-782-5672)

Re: [Nombre de la persona inscrita en Medicaid, fecha de nacimiento, Número de Identificación de Beneficiario (Recipient Identification Number) y Número de ID de Caso (Case ID #)]

A quien corresponda:

Escribo esta carta en nombre de (nombre de la persona) que recibió la carta adjunta de HFS el (especifique la fecha) con motivo de la inscripción al Programa de Cuidado Integral (Integrated Care Program). Yo soy (especifique la relación: padre o madre, representante, gerente de caso, etc.) de (nombre de la persona). Los diagnósticos de (nombre de la persona) son: (haga una lista de todas las condiciones médicas, discapacidades y condiciones de salud mental que hayan sido diagnosticadas).

Hemos revisado la lista de proveedores suministrada por ambos planes de salud - Aetna Better Health y IlliniCare – y hemos visto que ninguno de los doctores que tratan a (nombre de la persona) ni el hospital donde es atendido(a), están en la lista de proveedores de las dos redes de cuidado. Adjunto a esta carta incluimos una lista los doctores y hospitales utilizados por (nombre de la persona). Debido a las necesidades especiales de cuidado médico que tiene (nombre de la persona), es de suma importancia continuar con los servicios actuales de sus proveedores, médicos y hospitales.

Por lo tanto, necesitamos la intervención de su institución ante los proveedores del Programa de Cuidado Integral (Integrated Care Program) para que por favor se establezcan Acuerdos de Caso Único (Single Case Agreements) con los proveedores en la lista de (nombre de la persona).

En caso de cualquier pregunta o si necesitan más información, llámenme por favor al (número de teléfono) Muchas gracias de antemano por su ayuda con esta petición.

Sinceramente,

Su Nombre

Su Dirección

Su Correo Electrónico

Documentos Adjuntos:

1. Lista de proveedores actuales
2. Lista de medicamentos actuales
3. Copia de la carta recibida de HFS sobre el ICP.
4. Copia de la tarjeta de Medicaid actual por ambos lados
5. Copia de orden de representación legal (si aplica)

Cc: Al medico de cuidado primario de la persona interesada.
Tony Paulauski, The Arc of Illinois
Senador Estatal y Representante Estatal de la persona
Otros

Envíe su carta con todos los documentos adjuntos por correo certificado y solicite un acuse de recibo.

También puede enviar una copia de su carta y de los documentos adjuntos al Departamento de Cuidado Médico y Servicios Familiares del Estado de Illinois (HFS) por fax.

Derechos de Apelación en el Programa de Cuidado Integral de Medicaid

Todas las personas inscritas en Medicaid tienen derechos de apelar. Esto incluye a las personas inscritas en una organización de cuidado manejado (MCO, por sus siglas en inglés) como parte del Programa de Cuidado Integral. Los inscritos en el Programa de Cuidado Manejado por Medicaid, tienen derechos y responsabilidades legales, incluso el derecho de apelar.

La Fundación Kaiser / The Kaiser Family Foundation tiene una hoja de datos detallada sobre los derechos de apelación de Medicaid: <http://www.kff.org/medicare/7240/medicaid.cfm>

El siguiente enlace proporciona información básica sobre apelaciones proporcionada por el Departamento de Cuidado Médico y Servicios Familiares del Estado de Illinois (HFS):
<http://www.hfs.illinois.gov/medicalbrochures/hfs591.html>

¿Qué hago si tengo una queja sobre el cuidado recibido bajo los Programas de Medicaid o si conozco a alguien usando indebidamente los beneficios de los Programas de Medicaid?

Si usted recibe mala atención médica, tiene problemas para recibir atención médica o le cobran por servicios médicos cubiertos por los Programas Médicos del Departamento de Cuidado Médico y Servicios Familiares del Estado de Illinois (HFS), llame al:

*Línea Directa de Fraude Médico y de Beneficios de Welfare (Welfare and Medical Fraud Hotline)
Lunes a Viernes, (excepto feriados Estatales)
8:30 a.m. – 5:00 p.m.
1-800-252-8903 Personas usando TTY pueden llamar al 1-800-447-6404. La llamada es gratuita.*

También llame a este teléfono si conoce a alguien que esté reteniendo información o no diciendo la verdad sobre los servicios médicos que necesitan o si conoce a alguien que esté cobrándole a los Programas Médicos de HFS por cuidado médico que él o ella no proporcionó.

También puede presentar una apelación por escrito. Como usted está inscrito en una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO, por sus siglas en inglés), también conocidas como Organizaciones de Cuidado Manejado (MCO, por sus siglas en inglés), usted debe antes que nada seguir los procedimientos demarcados en el Manual de Miembro que le fue proporcionado por su HMO. Las HMO's están obligadas a proporcionarle su manual para miembros en su idioma o método de comunicación preferido (por ejemplo en otro idioma diferente al inglés o en letras grandes o Braille). Los manuales para miembros deben incluir información detallada sobre agravios y derechos de apelación.

Usted puede presentar una apelación por escrito ante su Organización de Mantenimiento de Salud (HMO, por sus siglas en inglés). También puede enviar su apelación por fax a la vez de enviarla por correo certificado. <http://www.usps.com/send/waystosendmail/extraservices/certifiedmailservice.htm>

A continuación la información de contacto de los Proveedores de Cuidado Manejado de Illinois:

- ▶ Para los inscritos en Aetna Better Health:
<http://www.aetnabetterhealth.com/Illinois/PDFDocs/IllinoisHandbook.pdf>

Aetna Better Health
Attn: Appeals and Grievance Manager
One South Wacker Drive
Mail Stop F646
Chicago, IL 60606
Tel. 866-212-2851
Fax: 855-545-5197
Illinois Relay 7-1-1 (para discapacidades auditivas)

- Para los inscritos en IlliniCare Health Plan:
http://www.illinicare.com/files/2011/04/IlliniCare-Member-Handbook_Draft_3-29-11-finalWITHCOVER.pdf

Member Appeals
IlliniCare Health Plan
999 Oakmont Plaza Drive
Westmont, IL 60559
Tel. 866-329-4701
Fax: 877-646-6056

¿Quién me puede ayudar con mi apelación?

Aquí en Illinois hay varias organizaciones de abogacía y defensa y asistencia legal que podrían ayudarlo con su apelación. A continuación hay una lista con la información de contacto de algunas de estas organizaciones:

- **Para problemas relacionados a servicios, programas y agencias del Estado de Illinois:**
Illinois Life Span Project at The Arc of Illinois
www.illinoislifespan.org
800-588-7002 voz
- **Para problemas relacionados a SSI, Medicaid, Medicare y Beneficios de Salud para Trabajadores Discapacitados:**
Health and Disability Advocates
www.hdadvocates.org
312-223-9600 voz
800-427-0766 TTY
- **Para problemas relacionados a transición de jóvenes y salud (incluyendo acceso y cobertura)**
Family Voices of Illinois
The Arc of Illinois Family to Family Health Information Center
www.thearcofil.org/familytofamily
866-931-1110/708-560-6703 (voz)
711 Illinois Relay
- **Para problemas legales, incluyendo problemas con los servicios de agencias estatales para gente discapacitada:**
Equip for Equality
www.equipforequality.org
800.537.2632(voz)
800 -610-2779(TTY)
- **Para problemas relacionados con la continuación de cuidado asistencial y de enfermería basado en el hogar después de los 21 años de edad, incluyendo problemas con los servicios de agencias estatales:**
US Department of Justice Joins Farley Lawsuit
www.thearcofil.org/pastissues/document.asp?did=2379 y <http://www.farley1.com/news.html>