

# Manual del afiliado

1 DE JULIO DE 2020



Servicios para Afiliados: 844-289-2264

TTY: 711

# Bienvenido a YouthCare HealthChoice Illinois

---

Bienvenido a YouthCare HealthChoice Illinois. Nos enorgullece que el Departamento de Salud y Servicios Familiares (Healthcare and Family Services, HFS) de Illinois nos haya elegido para implementar este programa de atención médica especializada para los jóvenes bajo el cuidado del Departamento de Servicios para Niños y Familias (Department of Children and Family Services, DCFS) que participan del programa de colocación fuera del hogar y para jóvenes que estuvieron en acogida temporal. Toda la información incluida en este manual del afiliado está destinada a jóvenes que están o estuvieron bajo el cuidado del DCFS, a quienes se los denomina “jóvenes”, “afiliados” o “usted” a lo largo de este manual. Estamos profundamente al tanto de la innumerable cantidad de personas y organizaciones que están involucradas en la vida de los jóvenes mientras están en acogida temporal, así como de las necesidades de los padres adoptivos una vez que los jóvenes pasan a colocación permanente. Además, personalizamos los programas para atender las necesidades de los adultos jóvenes que superan la edad límite para estar bajo el cuidado del DCFS.

Somos apasionados, y nos hemos comprometido a mejorar los resultados, reducir la carga de quienes prestan servicios a estos jóvenes y, en general, ayudar en la transición hacia la permanencia. Creemos firmemente que la acogida debe ser una estancia temporal para los jóvenes hasta que regresen a casa o encuentren un hogar permanente. También sabemos que aun después de que el juez golpea el mazo, hay problemas que afrontar.

Nos complace ser el socio de atención médica del sistema de atención del DCFS de Illinois, para ayudar a superar estos problemas.

Como afiliado de YouthCare HealthChoice Illinois, tiene acceso a muchos servicios, recursos y profesionales.

En el interior, encontrará información sobre:

- \_\_\_\_\_  
Servicios cubiertos, que incluyen: servicios de atención médica, dental y de la visión, y servicios de salud del comportamiento.
- \_\_\_\_\_  
Coordinación de la atención médica y educación sobre salud.
- \_\_\_\_\_  
El programa Promoting Adoption Success™
- \_\_\_\_\_  
Cómo elegir a su médico de atención primaria y cómo obtener atención.
- \_\_\_\_\_  
El programa “De la adolescencia a la adultez” (a2A).
- \_\_\_\_\_  
¡Y mucho más!

Lea todo el contenido de este manual. Anote las preguntas que tenga. Puede llamarnos al 844-289-2264 (TTY: 711) para responder sus preguntas.

Nos complace colaborar con usted.



YouthCare:

- Brinda servicios y ayuda de forma gratuita a personas con dificultades para comunicarse de forma efectiva con nosotros; por ejemplo, intérpretes capacitados de lenguaje de señas e información escrita (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Brinda servicios de idiomas gratis para personas cuya lengua materna no sea el inglés a través de intérpretes capacitados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con YouthCare al 844-289-2264 (TTY: 711).

# Números de teléfono y contactos importantes

---



## Números de teléfono y contactos importantes

---

<b>Servicios para Afiliados</b>	844-289-2264 (línea gratuita)
<b>TTY (Illinois Relay Services)</b>	711
<b>Línea de asesoramiento de enfermería (las 24 horas, los 7 días)</b>	844-289-2264
<b>Transporte</b>	844-289-2264
<b>Emergencias</b>	911
<b>Sitio web</b>	<a href="http://ILYouthCare.com">ILYouthCare.com</a>
<b>Dirección postal</b>	PO Box 733 Elk Grove Village, IL 60009-0733

---

El horario de atención de YouthCare HealthChoice Illinois es de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora del Centro), de lunes a viernes.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre sus servicios de YouthCare, también puede llamar a la Oficina de Defensoría del DCFS al 800-232-3798, o enviar un correo electrónico a [DCFS.HealthPlan@illinois.gov](mailto:DCFS.HealthPlan@illinois.gov).

El plan YouthCare HealthChoice Illinois está disponible en todos los condados de Illinois.

---



# Índice

---

Servicios para Afiliados .....	7
Tarjeta de identificación de afiliado.....	7-8
Inscripción abierta .....	8
Red de proveedores .....	8
Proveedor de atención primaria.....	8
Cómo cambiar de PCP .....	9
Proveedor de atención médica de la mujer .....	9
Planificación familiar .....	9
Atención especializada.....	9
Programación de citas .....	9
Atención de urgencia .....	9
Atención de emergencia .....	9-10
Atención posterior a la estabilización .....	10
Servicios cubiertos.....	10
Servicios médicos cubiertos .....	10-11
Servicios para el hogar y la comunidad cubiertos (solo clientes que reciben servicios de exención) .....	11-12
Asistencia y servicios a largo plazo administrados, servicios cubiertos.....	12
Servicios cubiertos limitados .....	12
Servicios no cubiertos.....	12-13
Servicios de atención dental .....	13
Servicios de atención de la visión.....	13
Servicios de farmacia .....	14
Consentimiento para medicamentos psicotrópicos.....	14
Servicios de transporte .....	14
Beneficios adicionales .....	15-16
Coordinación de la atención .....	17
Programas de manejo de enfermedades/gestión de educación sobre salud .....	17-18
Programa de restricción del beneficiario .....	18
Servicios móviles de respuesta ante crisis.....	18
Programa Promoting Adoption Success™ .....	18
Programa a2A .....	19
Instrucciones anticipadas .....	19
Quejas y apelaciones.....	19-25
Derechos y responsabilidades .....	25-26
Fraude, abuso y negligencia .....	26-27
Definiciones.....	27-30
Descargos de responsabilidad.....	31
Asistencia con idiomas.....	32-33
Aviso de prácticas de privacidad .....	34-39

## Servicios para Afiliados

---

Bienvenido al programa YouthCare HealthChoice Illinois. Nuestro departamento de Servicios para Afiliados está listo para ayudarlo a obtener el máximo de YouthCare. Llame al 844-289-2264 (TTY: 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora del Centro), de lunes a viernes.

YouthCare HealthChoice Illinois es un programa diseñado como una colaboración con el sistema del DCFS, para jóvenes que en la actualidad se encuentran bajo el cuidado del departamento y jóvenes que solían estarlo. Nuestro objetivo es ser su socio de atención médica, y eso significa contar con recursos especializados para atender las necesidades de los jóvenes y de los cuidadores. Estamos aquí para ayudarlo. Contáctenos para obtener la siguiente información:

- Beneficios
- Cómo recibir servicios de atención médica
- Autorizaciones necesarias para los servicios de atención médica
- Cómo recibir servicios de emergencia
- Cómo acceder a servicios posteriores a la estabilización
- Derechos y responsabilidades como afiliado de YouthCare
- Cómo presentar una queja y una apelación
- Cómo presentar una queja
- Procedimientos de audiencia imparcial
- Nuestro certificado de cobertura, que explica que tenemos contrato con el estado de Illinois
- Nuestros proveedores contratados
- Cómo obtener información

La mayor parte de esta información se puede encontrar en este manual. YouthCare le notificará todos los años sobre su derecho a recibir esta información básica.

## LÍNEA DE ASESORAMIENTO DE ENFERMERÍA (LAS 24 HORAS, LOS 7 DÍAS)

También ofrecemos una Línea de asesoramiento de enfermería gratuita, que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Todos tenemos preguntas sobre la atención médica. Si tiene preguntas, llame a nuestra Línea de asesoramiento de enfermería (las 24 horas, los 7 días) al 844-289-2264 (TTY: 711). Quienes llamen recibirán asesoramiento médico de personal de enfermería diplomado. El personal

## Tarjeta de identificación de afiliado

---

Recibirá una tarjeta de identificación de afiliado. Siempre debe llevar la tarjeta con usted. Contiene números de teléfono importantes. Tendrá que mostrarla cuando reciba servicios.

### Información en su tarjeta de identificación de afiliado:

- Nombre
- Nombre del plan
- N.º de identificación de Medicaid de Illinois
- Información del médico de atención primaria (nombre, número de teléfono)
- Fecha de entrada en vigencia
- Número de teléfono de Servicios para Afiliados
- Línea de asesoramiento de enfermería (las 24 horas, los 7 días)
- Número de teléfono para salud del comportamiento
- Número de teléfono para atención dental
- Número de teléfono para transporte
- Rx, Rxbin, Rxgroup
- Dirección postal y sitio web de YouthCare
- Información sobre presentación de reclamaciones (reclamaciones en papel y n.º de identificación del pagador)

YouthCare  
HealthChoice Illinois



**Nombre del afiliado:**  
**N.º de identificación de Medicaid:**  
**Fecha :**

**RXBIN:** 020545  
**RXPCN:** RXA383  
**RXGROUP:** RXGMCIL01

**PCP Name:**  
**número del PCP:**

**AFILIADOS**  
Servicios para Afiliados, salud del comportamiento, atención dental, Transporte, Línea de asesoramiento de enfermería (las 24 horas, los 7 días): 844-289-2264 TTY: 711  
ILYouthCare.com

**Dirección postal**  
YouthCare  
HealthChoice Illinois  
PO Box 92050  
Elk Grove Village, IL 60009-2050

**PROVEEDORES**  
Verificación de elegibilidad y autorización previa las 24 horas, los 7 días: 844-289-2264  
Línea de asistencia de Envolve Pharmacy Solutions: 800-971-3191  
Autorización previa de Envolve Pharmacy: 833-491-0418

**Reclamaciones en papel**  
YouthCare  
HealthChoice Illinois  
Attn: Claims  
PO Box 4020  
Farmington, MO 63640-4402

N.º de identificación del pagador: 68069;  
Información de transferencia electrónica de fondos (EFT)/aviso de pago electrónico (ERA) y reclamaciones en ILYouthCare.com

comportamiento, personal clínico especializado en intervenciones informadas de traumas, centros de salud mental comunitarios y otros proveedores y centros médicos y de salud del comportamiento. Nos interesa escucharlo, conocer los proveedores que usa y asegurarnos de incluirlos en nuestra red.

Los afiliados no necesitan derivaciones para atenderse con especialistas; sin embargo, le recomendamos que trabaje con su PCP para coordinar la atención que pueda necesitar.

Debe usar proveedores de la red de YouthCare para todas sus necesidades de atención médica. Debe contar con nuestra aprobación antes de utilizar un proveedor fuera de la red. *Las únicas excepciones son la atención médica de emergencia en los Estados Unidos y la atención con proveedores de atención médica indígenas.*

## Inscripción abierta

Los jóvenes que solían estar bajo el cuidado del DCFS quedarán automáticamente inscritos en el programa YouthCare. Sus padres/tutores legales tienen un máximo de 90 días después de la inscripción para cambiarse a otra organización de atención gestionada. Los jóvenes que se encuentran bajo el cuidado del DCFS serán inscritos en este programa por el administrador de tutela del DCFS. El administrador de tutela del DCFS tiene la autoridad de realizar cambios en los planes de atención gestionada para los jóvenes que se encuentran bajo el cuidado del DCFS. Llame a la Oficina de Defensoría al 800-232-3798 o envíe un correo electrónico a DCFS. HealthPlan@illinois.gov.

## Red de proveedores

YouthCare se asocia con una amplia variedad de proveedores, que incluyen proveedores de atención primaria (primary care providers, PCP), especialistas, hospitales, psiquiatras, personal clínico de salud del

## Proveedor de atención primaria

Su proveedor de atención primaria (PCP) es su médico personal que se encargará de la mayor parte de su atención. También puede enviarlo a otros proveedores si necesita atención especializada. Con YouthCare, usted puede elegir su PCP. Puede tener un PCP para toda su familia. O puede elegir otros PCP para cada miembro de su familia. Puede elegir a un especialista para que sea su PCP si tiene condiciones de salud crónicas, discapacidades o necesidades de atención médica especiales, en tanto el especialista esté de acuerdo en desempeñar esa función.

Si es un afiliado nativo de América del Norte/nativo de Alaska, tiene el derecho de recibir servicios de un proveedor de una tribu indígena, una organización tribal o de una organización indígena urbana dentro y fuera del estado de Illinois.

Si necesita ayuda para encontrar o cambiar de PCP, contacte a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes.

## Cómo cambiar de PCP

---

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Contacte a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

## Proveedor de atención médica de la mujer

---

Como mujer con cobertura de YouthCare, tiene el derecho de seleccionar un proveedor de atención médica de la mujer (Women's Health Care Provider, WHCP). Un WHCP es un médico con licencia para ejercer la medicina especializado en obstetricia, ginecología o medicina familiar.

## Planificación familiar

---

YouthCare cuenta con una red de proveedores de planificación familiar de quienes puede recibir servicios de planificación familiar. Sin embargo, puede optar por recibir los servicios y suministros de planificación familiar de cualquier proveedor fuera de la red, sin necesidad de una derivación, y tendrán cobertura.

## Atención especializada

---

Un especialista es un médico que lo atiende por determinada condición de salud. Un ejemplo de especialista es un cardiólogo (salud del corazón) o un ortopedista (huesos y articulaciones). Si su PCP considera que usted necesita un especialista, trabajará con usted para elegir uno. Su PCP coordinará su atención con especialistas. Con el programa YouthCare HealthChoice Illinois, no necesita una derivación para atenderse con un especialista si el especialista es un proveedor de la red.

## Programación de citas

---

Es muy importante que asista a todas las citas que haga para consultas con el médico, análisis de laboratorio o radiografías. Llame a su PCP al menos un día antes si no puede asistir a una cita. Si necesita ayuda para hacer una cita, contacte a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

## Atención de urgencia

---

La atención de urgencia se refiere a un problema que necesita atención de inmediato, pero que no pone en peligro la vida.

Algunos ejemplos de atención de urgencia incluyen:

- Cortes y rasguños menores
- Resfríos
- Fiebre
- Dolor de oído

Llame a su PCP para recibir atención de urgencia, o bien, puede llamar al departamento de Servicios para Afiliados de YouthCare al 844-289-2264 (TTY: 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes.

## Atención de emergencia

---

Una condición médica de emergencia es muy grave. Podría poner en peligro la vida. Usted podría tener dolor intenso o una lesión o enfermedad grave.

Algunos ejemplos de emergencias incluyen:

- Ataque cardíaco
- Sangrado excesivo
- Envenenamiento o intoxicación

- Dificultad para respirar
- Fracturas de huesos

Qué hacer ante una emergencia:

- Vaya a la sala de emergencias más cercana; puede ir a cualquier hospital u otro centro para recibir servicios de emergencia.
- Llame al 911.
- Llame una ambulancia si no hay servicio de 911 en el área.
- No se necesita derivación.
- No se necesita autorización previa, pero debe llamarnos dentro de 48 horas de haber recibido la atención de emergencia.

## Atención posterior a la estabilización

.....

Los servicios posteriores a la estabilización son servicios necesarios que se prestan a un joven después de que el joven es estabilizado tras una condición médica de emergencia, para que el joven se sienta mejor. Si desea una lista de proveedores o centros que prestan servicios posteriores a la estabilización, llame a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 6 p. m., de lunes a viernes.

## Servicios cubiertos

.....

Todos los servicios deben ser necesarios a nivel médico. Algunos servicios requieren autorización previa. Su proveedor enviará las autorizaciones previas que se necesiten. No es necesario que se comunique con nosotros para solicitar una autorización previa. No se requiere autorización previa para los servicios de exención aprobados para los siguientes beneficiarios de servicios de exención: personas con discapacidades, ancianos, centros de vida asistida, lesiones cerebrales y afiliados que reciben servicios de exención que tienen VIH/ SIDA.

No necesita derivaciones para atenderse con especialistas; sin embargo, le recomendamos que visite a su PCP primero. Su PCP puede ayudarlo a coordinar las derivaciones a especialistas, hospitales y otros proveedores.

No necesita una derivación para salud del comportamiento ni para tratamiento de abuso de sustancias.

Si necesita asesoramiento clínico, llame a nuestra Línea de asesoramiento de enfermería (las 24 horas, los 7 días). El personal que atiende esta línea incluye a su administrador de servicios de servicios de salud y a nuestro equipo de especialistas dedicados a la salud. Después del horario de atención, responderá nuestra Línea de asesoramiento de enfermería. Llame al 844-289-2264 (TTY: 711).

## Servicios médicos cubiertos

.....

Aquí tiene una lista de algunos de los servicios médicos y beneficios que cubre YouthCare:

---

Los servicios de aborto están cubiertos por Medicaid (no su organización de atención gestionada) mediante el uso de su tarjeta médica del HFS.

---

Servicios de enfermeros de práctica avanzada.

---

Servicios de centros de tratamiento quirúrgico ambulatorio sustancias.

---

Dispositivos de asistencia en la comunicación.

---

Servicios de audiología

---

Sangre, componentes sanguíneos y su administración

---

Servicios quiroprácticos para afiliados menores de veintiún (21) años

---

Servicios de atención dental, que incluyen cirujanos bucales, servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento para afiliados menores de veintiún (21) años

---

---

Servicios y suministros de planificación familiar

---

Visitas a centros de salud federalmente calificados (FQHC), clínicas de salud rural (RHC), centros de salud mental comunitarios (CMHC) y a otras clínicas

---

Visitas de la agencia de asistencia de salud en el hogar

---

Visitas a la sala de emergencias de un hospital

---

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

---

Servicios de laboratorio y radiografía

---

Suministros médicos, equipamiento, prótesis y órtesis

---

Servicios de salud mental

---

Atención de enfermería

---

Servicios de centros de enfermería

---

Servicios y suministros ópticos

---

Servicios de optometristas

---

Cuidados paliativos y servicios de atención de enfermos terminales

---

Servicios de farmacia

---

Servicios de terapia física, ocupacional y del habla

---

Servicios atención médica

---

Servicios de podología

---

Servicios posteriores a la estabilización

---

Servicios de diálisis renal

---

Equipos y suministros respiratorios

---

Servicios para prevenir enfermedades y fomentar la salud

---

Servicios de tratamiento por abuso de sustancias y alcoholismo subagudo

---

Trasplantes

---

---

Transporte para recibir servicios cubiertos

---

## Servicios para el hogar y la comunidad cubiertos (solo para clientes que reciben servicios de exención):

.....

Aquí tiene una lista de algunos de los servicios médicos y beneficios que cubre YouthCare para afiliados que tienen una exención de servicios para el hogar y la comunidad.

### **Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS), personas con discapacidades, VIH/SIDA:**

- Servicios de día para adultos
- Transporte a servicios de día para adultos
- Adaptaciones de accesibilidad del ambiente, hogar
- Asistencia de salud en el hogar
- Enfermería, intermitente
- Enfermería especializada (enfermeros prácticos registrados y licenciados)
- Terapia ocupacional
- Asistencia de salud en el hogar
- Fisioterapia
- Terapia del habla
- Labores domésticas
- Comidas entregadas a domicilio
- Asistente personal
- Sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS)
- Relevo
- Equipo y suministros médicos especializados

### **Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS), personas con lesiones cerebrales:**

- Servicios de día para adultos
- Transporte a servicios de día para adultos

- Adaptaciones de accesibilidad del ambiente, hogar
- Empleo con apoyo
- Asistencia de salud en el hogar
- Enfermería, intermitente
- Enfermería especializada (enfermeros prácticos registrados y licenciados)
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Terapia del habla
- Servicios prevocacionales
- Habilitación, día
- Labores domésticas
- Comidas entregadas a domicilio
- Asistente personal
- Sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS)
- Relevos
- Equipo y suministros médicos especializados
- Servicios de salud del comportamiento (M.A. y PH.D)
- Salud y Servicios Familiares (HFS), centro de vida asistida:
- Vida asistida

**Salud y Servicios Familiares (HFS), centro de vida asistida:**

- Vida asistida

Asistencia y servicios a largo plazo administrados (MLTSS), servicios cubiertos:

**Los servicios cubiertos de MLTSS incluyen:**

- Servicios de salud mental, como: Terapia grupal e individual, asesoramiento, tratamiento en la comunidad, monitoreo de medicamentos y más.

- Servicios de tratamiento por abuso de sustancias y alcohol, como: Terapia grupal e individual, asesoramiento, rehabilitación, servicios de administración de metadona, monitoreo de medicamentos y más
- Algunos servicios de transporte a las citas
- Servicios de atención a largo plazo en centros especializados e intermedios
- Todos los servicios de exención del programa de servicios para el hogar y la comunidad, como los mencionados en “Servicios para el hogar y la comunidad cubiertos”, si califica

Servicios cubiertos limitados

- YouthCare solo puede cubrir los servicios de esterilización que permita la ley estatal y federal.
- Si YouthCare cubre una histerectomía, YouthCare deberá completar el formulario 1977 del HFS e ingresar el formulario completado en la historia clínica del afiliado.

Servicios no cubiertos

Aquí tiene una lista de algunos de los servicios médicos y beneficios que YouthCare no cubre:

- Servicios que son experimentales o que están en investigación por naturaleza
- Servicios prestados por un proveedor fuera de la red y no autorizados por YouthCare
- Servicios prestados sin una derivación o autorización previa, cuando se las requiere
- Cirugía estética electiva
- Atención de infertilidad
- Cualquier servicio que no sea necesario a nivel médico
- Servicios prestados a través de agencias de educación locales

Si desea obtener información adicional sobre los servicios, contacte a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes.

## Servicios de atención dental

.....

- Servicios de atención dental prestados en programas dentales escolares
- Evaluación bucal periódica (1 cada 6 meses)
- Tratamientos con flúor (1 cada 6 meses)
- Cirugías bucales
- Limpiezas dentales (1 cada 6 meses)
- Servicios de restauración
- Dentaduras postizas completas
- Extracciones
- Sedación
- Visitas de práctica
- Ortodoncia

Todos los afiliados tienen cobertura para servicios de atención dental de emergencia.

Todos los servicios de atención dental deben ser necesarios a nivel médico. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de atención dental. Debe ir a un dentista de la red. Para buscar un dentista, llame a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711).

## Servicios de atención de la visión

.....

You/your child can get an eye exam once a year (more if you/your child's eyesight changes a lot). You can also get your/your child's glasses replaced as often as you need to if they lose them or break them. Call member services or your care coordinator if you have one.

Usted/su hijo no necesita una derivación de su médico/el médico de su hijo para ir a un oftalmólogo para atención de la visión de rutina. Algunos oftalmólogos también pueden brindarle tratamiento a usted/su hijo por enfermedades de la vista que no necesitan cirugía. Puede recibir estos servicios de atención de la visión de Envolve Vision Services. Para elegir un oftalmólogo, llame a YouthCare al 844-289-2264 (TTY: 711). Debe usar un proveedor de la red.

Elija entre nuestra selección estándar de marcos, o utilice una asignación de \$100 destinada al pago del precio de venta minorista de los marcos. Si el valor de los marcos para esta elección supera los \$100, los afiliados deben pagar la diferencia de precio de su bolsillo. Los afiliados pueden elegir anteojos o lentes de contacto.

- **Lentes:** Si se cumplen determinados requisitos de receta, las lentes comunes, bifocales, trifocales y lenticulares tienen cobertura total. Además, las lentes de policarbonato tienen cobertura total.
- **Lentes de contacto:** El costo del ajuste de los lentes de contacto tiene cobertura total y los afiliados tienen derecho a usar una asignación de \$80 destinada al pago del precio minorista de los lentes de contacto. Si el valor de los lentes para esta elección supera los \$80, los afiliados deben pagar la diferencia de precio de su bolsillo. Los afiliados pueden elegir anteojos o lentes de contacto.
- **Reemplazo de anteojos:** Los anteojos se pueden cambiar cuando sea necesario, sin necesidad de autorización previa.

Asimismo, se proporciona cobertura para los servicios obtenidos a través de los proveedores que utiliza Chicago Public Schools (CPS) para fabricar anteojos para los jóvenes inscritos en CPS.

## Servicios de farmacia

---

Con vigencia a partir del 1 de enero de 2020, YouthCare utiliza un formulario, creado en colaboración con el Departamento de Salud y Servicios Familiares (HFS) de Illinois. El formulario es una lista de los medicamentos cubiertos que se pueden usar para un tratamiento y para mejorar los resultados de salud.

Si necesita un medicamento que no está en el formulario, su proveedor puede solicitar una revisión. Llame a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711).

Debe obtener sus medicamentos en una de nuestras 1,500 farmacias de la red. Los medicamentos que se obtengan en farmacias fuera del estado podrían no tener cobertura. Para buscar una farmacia de la red, llame a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711).

YouthCare le brinda otra opción para recibir sus medicamentos. Se trata de nuestro programa de medicamentos de mantenimiento. Puede obtener un suministro de 90 días (suministro de tres meses) de los medicamentos que toma todos los días en la mayoría de las farmacias de la red, o puede pedir que se le envíen directamente. Llame a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711) para obtener más información, o inscríbese para que le envíen los medicamentos.

## Consentimiento para medicamentos psicotrópicos

---

El Departamento de Servicios para Niños y Familias (DCFS) de Illinois es responsable de prestar el consentimiento para la atención psiquiátrica de los jóvenes que están bajo su custodia. Se debe obtener el consentimiento por escrito del tutor del DCFS antes de recetar un medicamento psicotrópico a un joven.

La lista de medicamentos psicotrópicos que requieren del consentimiento del DCFS la definirá y actualizará el programa centralizado de consentimiento para medicamentos psicotrópicos del DCFS.

## Servicios de transporte

---

Si necesita transporte para ir y volver de una cita, llámenos con una anticipación de al menos dos (2) días hábiles para que le programemos el transporte. Puede llevar un acompañante en caso de ser necesario. Los jóvenes menores de 12 años de edad deben ir acompañados por un adulto mayor de 18 años de edad. Llame a YouthCare al 844-289-2264 (TTY: 711).

YouthCare proporcionará transporte, lo cual incluye:

- Transporte público
- Servicio puerta a puerta, previa solicitud
- Transporte para personas con discapacidades en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)

Seleccionaremos el mejor medio de transporte para sus necesidades. Esta decisión se basará en la distancia entre su casa y el consultorio del proveedor, las necesidades de accesibilidad y la rentabilidad. Le haremos una serie de preguntas para determinar cuál es la mejor opción de transporte para usted. Estas preguntas incluyen:

- ¿Posee y maneja un automóvil que funciona?
- ¿Tiene un amigo o familiar que pueda llevarlo?
- ¿Puede tomar el transporte público?
- ¿Puede caminar desde su puerta hasta el vehículo con poca o sin asistencia?
- ¿Utiliza algún dispositivo, como un andador, un bastón, una silla de ruedas, etc.?
- ¿Puede subir al vehículo o necesita un elevador?
- ¿Suele viajar solo o necesita un asistente?

## Beneficios adicionales

---

### **Membresía de gimnasio gratuita en**

**gimnasios** participantes, cuando el joven, de 16 años o más, complete una evaluación de riesgos de salud, una visita anual preventiva y una medición del índice de masa corporal (IMC).

### **Asistencia para atención después de la**

**escuela** en centros participantes, cuando complete una evaluación de riesgos de salud y una visita anual de atención de niños sanos.

### **Tres uniformes escolares gratuitos por año**

cuando complete una evaluación de riesgos de salud, una visita anual de atención de niños sanos, tenga las vacunas al día y complete una medición del IMC.

### **MY HEALTH PAYS™**

My Health Pays™ es el programa de YouthCare que lo recompensa por tener conductas saludables. Recibirá una tarjeta de My Health Pays™ con dólares de recompensa precargados cuando complete su primera conducta saludable. Se agregarán nuevas recompensas a su tarjeta una vez que complete más conductas saludables. Para obtener más información, llame a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711).

Puede ganar dólares de recompensa cuando complete cada una de las siguientes actividades:

- \$10 cuando complete la evaluación de riesgos de salud (en papel, en línea o por teléfono)
- \$20 cuando vaya a la visita anual con su PCP
- \$50 si completa el formulario de Aviso de embarazo en el primer trimestre
- \$25 si completa el formulario de Aviso de embarazo en el segundo trimestre
- \$20 cuando complete una visita posparto (visita después de tener al bebé)
- \$50 cuando complete las pruebas de detección anuales de atención integral de la diabetes:
  - > Prueba de detección del colesterol

- > Prueba de detección de nefropatía: una prueba para detectar la enfermedad renal
- > Prueba de A1C: análisis de sangre que verifica los niveles de glucosa en sangre; y
- > Examen de la vista

- \$10 cuando complete una terapia con estatinas. La terapia con estatinas es un medicamento para la diabetes recetado por su PCP.
- \$10 cuando complete una terapia con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA)/bloqueadores del receptor de la angiotensina (BRA). La terapia con ECA/BRA es un medicamento para la diabetes recetado por su PCP.
- \$10 cuando complete una visita de atención de niños sanos en el 1.º, 2.º, 3.º, 4.º, 5.º y 6.º año de vida (hasta \$60 en total)
- \$25 cuando realice un seguimiento con un proveedor de salud del comportamiento dentro de 7 días de haber recibido el alta de un centro de salud del comportamiento
- \$25 cuando realice un seguimiento con su PCP dentro de 14 días de haber recibido el alta de una hospitalización

La tarjeta de My Health Pays™ se puede utilizar para artículos de todos los días en Walmart, servicios públicos, transporte, alquiler, telecomunicaciones, cuidado infantil y educación. Los fondos de su tarjeta de My Health Pays™ también se pueden utilizar para artículos relacionados con la salud, como:

- Artículos para el cuidado del bebé
- Artículos para la atención de la diabetes
- Artículos de primeros auxilios
- Artículos de atención de la salud en el hogar
- Medicamentos de venta sin receta
- Artículos para el cuidado personal

### **SERVICIOS DE SALUD COMUNITARIA DE YOUTHCARE**

Los servicios de salud comunitaria de YouthCare son un programa basado en la

comunidad que proporciona educación, orientación y apoyo a los afiliados de YouthCare en la comunidad. El equipo está integrado por coordinadores de atención médica capacitados que brindan apoyo y asistencia en persona. Nuestros coordinadores de atención médica pueden visitar a los afiliados en sus hogares, en un centro de atención médica o en la comunidad. Brindan educación y preparación en una variedad de temas, como diabetes, prevención de readmisiones en el hospital, cómo evitar ir a la sala de emergencias, cómo prepararse para una consulta con el médico, y más. Algunos temas de la preparación solo requieren una visita; sin embargo, la preparación se puede brindar semanalmente durante un período breve.

YouthCare puede ayudar a los afiliados a conectarse con los proveedores de atención médica. También ayudan a programar la atención preventiva y los exámenes de detección. Además, el equipo puede ayudar a los afiliados a encontrar recursos en su comunidad, como: vivienda, comida, servicios públicos y servicios de transporte. El equipo ayuda a los afiliados a comprender y a recorrer el sistema de atención médica brindando educación, guía y materiales para mantener un registro de la información de atención médica.

Los servicios de salud comunitaria de YouthCare:

- Lo ayudarán a seleccionar un proveedor o PCP.
- Lo ayudarán a programar una cita con su PCP, con especialistas y con los servicios de salud del comportamiento.
- Le explicarán sus beneficios de salud y cómo obtener atención de forma rápida.
- Le brindarán educación y preparación para ayudarlo a comunicarse mejor con sus proveedores y a comprender su salud.
- Le buscarán apoyo en su comunidad, como: comida, albergue, transporte y programas de salud.
- Lo visitarán en su hogar, un centro de atención médica o en la comunidad.

Si desea obtener más información sobre los servicios de salud comunitaria de YouthCare, llame a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711).

### **CONNECTIONS PLUS®**

Connections Plus® forma parte del programa que proporciona teléfonos celulares gratuitos a afiliados de alto riesgo que participan en el programa de coordinación de la atención y reúnen los requisitos, no tienen acceso a teléfonos y no reúnen los requisitos para un teléfono de SafeLink. Este programa permite a nuestros afiliados contactar a médicos, a administradores de atención y al 911. Para averiguar más sobre el programa, contacte a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711).

### **SAFELINK**

YouthCare se asoció con SafeLink Wireless para conectarse mejor con nuestros afiliados. SafeLink es un programa financiado por el gobierno federal. Proporciona teléfonos celulares gratuitos a las personas que reúnen los requisitos. SafeLink proporciona:

- Un teléfono celular gratuito
- 350 minutos al mes
- La posibilidad de hacer y recibir llamadas para comunicarse con sus proveedores, el personal de enfermería, el 911, YouthCare y sus familiares
- Asistencia de directorio 411 sin costo adicional
- Correo de voz
- Acceso a comunicación las 24 horas del día

Los afiliados de YouthCare reciben todos los mismos beneficios de un teléfono SafeLink, ¡y más! No hay ningún costo adicional para estos beneficios adicionales.

- Mensajes de texto recibidos ilimitados
- Llamadas ilimitadas al departamento de Servicios para Afiliados de YouthCare; estas llamadas no se descuentan de sus 350 minutos

## Coordinación de la atención

---

YouthCare tiene varios programas para mejorar la salud de nuestros afiliados. Esto se logra a través de la educación y la ayuda directa por parte del personal de YouthCare. Esto se conoce como coordinación de la atención. La meta de este servicio es aportar a la calidad de su atención y brindarle el apoyo que necesita. Si usted califica para el servicio de coordinación de la atención y elige retener este servicio, se le asignará un coordinador de atención médica para ayudarlo a manejar su atención a través de:

- Contacto frecuente con usted o con su cuidador y sus proveedores de atención médica.
- Una valoración y evaluación de sus condiciones.
- Planificación de la atención y establecimiento de objetivos a corto y largo plazo.
- Coordinación de servicios para brindar la atención necesaria y eficiente.

Un COORDINADOR DE ATENCIÓN es una persona de recursos que:

- Responde preguntas sobre tratamientos.
- Lo ayuda a satisfacer sus necesidades de salud con sus conocimientos sobre el sistema de atención médica.
- Lo ayuda a sopesar sus opciones y elecciones.
- Ayuda con las derivaciones de tratamientos en centros de atención médica.
- Actúa como su enlace con YouthCare.
- Identifica los beneficios cubiertos y ayuda con las derivaciones a especialistas.
- Ayuda a planificar su transición fuera del hospital.
- Ayuda a conectarlo con recursos comunitarios.

La información obtenida a través de nuestro proceso de coordinación de la atención es confidencial. Se comparte solo cuando es

necesario para ayudar a planificar su atención y pagar adecuadamente sus reclamaciones. YouthCare presta servicios de coordinación de la atención de manera ética, según la Declaración sobre Ética y Normas de Práctica de la Comisión de Gestión de Casos (Commission for Case Management, CCMC) y la Sociedad de Gestión de la Atención de los Estados Unidos (Care Management Society of America, CMSA). Hay información disponible sobre nuestras políticas y normas de ética para la gestión de la atención médica.

Para obtener más información sobre el programa de coordinación de la atención de YouthCare, o para solicitar un coordinador de atención, llame a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711).

## Programas de manejo de enfermedades/gestión de educación de salud

---

Si tiene o corre el riesgo de tener una de las condiciones de salud que se enumeran a continuación, podría ser elegible para nuestro programa de coordinación de atención especializada. Llame a YouthCare para hablar con un coordinador de atención. No tiene costo para usted.

**Programa de diabetes:** Ofrecemos información, recursos y gestión de la atención para ayudar a los afiliados a tomar el control de la condición.

**Programa de enfermedades cardíacas:** Ofrecemos gestión de la atención e información para tratar problemas relacionados con el corazón.

**Programa de asma:** Prestamos servicios de gestión de la atención para el asma. Lo ayudaremos a elaborar un plan de atención médica que lo ayude a mantenerse saludable. Comuníquese con nosotros si tiene asma.

### Otras necesidades de atención médica:

YouthCare cuenta con profesionales médicos que están capacitados para ayudar a nuestros afiliados con muchas otras necesidades complejas y/o especiales. Llámenos si necesita ayuda con una enfermedad o condición grave.

**Start Smart for Your Baby®:** Start Smart for Your Baby® (Start Smart) es nuestro programa especial para mujeres embarazadas. YouthCare quiere ayudarla a cuidar de sí y de su bebé durante todo el embarazo. Se le puede proporcionar información por correo postal, teléfono y a través del sitio web de Start Smart, [www.StartSmartForYourBaby.com](http://www.StartSmartForYourBaby.com). Nuestro personal de Start Smart puede responder preguntas y brindarle apoyo si tiene un problema. Incluso podemos programar una visita domiciliaria si es necesario. Para inscribirse en el programa Start Smart, complete un formulario de Aviso de embarazo y hable con su coordinador de atención médica de YouthCare.

Si desea obtener más información sobre los programas de manejo de enfermedades de YouthCare, llame a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711).

## Programa de restricción del beneficiario

.....

YouthCare, en colaboración con el Departamento de Salud y Servicios Familiares (HFS), implementa un programa de farmacia con restricciones para los afiliados que reúnen los requisitos. A través de este programa, ayudamos a los afiliados a trabajar con una farmacia o un proveedor para la cobertura de medicamentos. La coordinación de los servicios de farmacia a través de una sola farmacia o un solo proveedor puede ayudar a prevenir la duplicación de recetas y a detectar errores en los medicamentos. Si desea obtener más información sobre este programa, llame a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711).

## Servicios móviles de respuesta ante crisis

.....

Los afiliados de YouthCare pueden hacer uso de la línea de los servicios de ingreso por crisis y derivación a especialistas (Crisis and Referral Entry Services, CARES) las 24 horas del día para hablar con un profesional de salud del comportamiento. Puede llamar si usted representa un riesgo para sí mismo o para los demás, tiene una crisis de salud mental o si necesita una derivación para servicios. Llame a la línea de CARES al 1-800-345-9049 (TTY: 1-773-523-4504).

## Programa Promoting Adoption Success™

.....

Sabemos que la transición a la adopción es un proceso sensible y crítico no solo para el joven y el grupo de hermanos, sino también para los padres adoptivos y otros hermanos en la familia. El enfoque de apoyo a la adopción es un elemento único y crítico para evitar la interrupción de la adopción durante la colocación o después de finalizada. YouthCare y su compañía matriz tienen una amplia experiencia y han puesto en práctica esta iniciativa integral en todo el país.

El programa de apoyo de adopción debe ponerse en marcha lo antes posible y continuar después de finalizada, durante todo el tiempo que la familia y el niño necesiten apoyo. YouthCare ofrecerá servicios integrales de salud física y salud del comportamiento, y coordinación de la atención médica en combinación con una defensa rigurosa de la adopción para jóvenes en transición a la adopción, en colocación en adopción y, después de finalizada la adopción, que reciben apoyo de adopción.

## Programa a2A

---

Las necesidades de los adultos jóvenes que salen del sistema del DCFS son enormes. En un esfuerzo por ofrecer continuamente acceso a la salud y resultados, YouthCare implementará un programa de coordinación de la atención diseñado específicamente para los jóvenes cuando cumplan los 17 años de edad. El programa “De la adolescencia a la adultez”, también conocido como a2A, es un enfoque de gestión de atención especializada para apoyar a estos jóvenes en su transición fuera del sistema y hasta los 21 años.

## Instrucciones anticipadas

---

Una instrucción anticipada es una decisión por escrito que usted toma acerca de su atención médica en el futuro para el caso de que usted esté muy enfermo y no pueda tomar una decisión en ese momento. En Illinois, existen cuatro tipos de instrucciones anticipadas:

- **Poder notarial para atención médica:** le permite elegir a una persona para que tome sus decisiones relacionadas con la atención médica si usted está muy enfermo y no puede decidir por sí mismo.
- **Testamento vital:** les informa a su médico y a otros proveedores qué tipo de atención desea si tiene una enfermedad terminal, lo que significa que no se recuperará.
- **Preferencia de salud mental:** le permite decidir si desea recibir ciertos tipos de tratamientos de salud mental que podrían ayudarlo.
- **Orden de no reanimar (ONR):** les informa a su familia y a todos sus médicos y demás proveedores lo que desea hacer en el caso de que su corazón o su respiración se detengan.

Puede obtener más información acerca de las instrucciones anticipadas de YouthCare o su médico. Si lo internan en el hospital, podrían preguntarle si tiene uno de estos documentos.

No tiene que tenerlo para recibir atención médica, pero la mayoría de los hospitales recomiendan que tenga uno. Puede elegir tener una o más de estas instrucciones anticipadas si lo desea. Puede revocarla o cambiarla en cualquier momento. Puede completar el

formulario de Poder notarial para atención médica de Illinois que se encuentra en el sitio web del Departamento de Servicios para Ancianos de Illinois: [https://www.illinois.gov/aging/AboutUs/Pages/legal\\_adv-directives.aspx](https://www.illinois.gov/aging/AboutUs/Pages/legal_adv-directives.aspx). También puede llamar al departamento de Servicios para Afiliados de YouthCare al 844-289-2264 (TTY: 711).

## Apelaciones y quejas

---

Queremos que esté contento con los servicios que recibe de YouthCare y de nuestros proveedores. Si no está contento, puede presentar una queja o una apelación. Si desea ayuda para presentar una queja o una apelación, o tiene otras inquietudes, puede llamar a la Oficina de Defensoría del DCFS al 800-232-3798 o enviar un correo electrónico a [DCFS.HealthPlan@illinois.gov](mailto:DCFS.HealthPlan@illinois.gov).

### QUEJAS

Una queja es un reclamo sobre cualquier asunto que no se refiera a un servicio o artículo denegado, reducido o cancelado.

YouthCare se toma las quejas de los afiliados muy en serio. Queremos saber qué es lo que está mal para poder mejorar nuestros servicios. Si tiene una queja acerca de un proveedor o acerca de la calidad de la atención o los servicios que recibió, infórmenos de inmediato. YouthCare ha implementado procedimientos especiales para ayudar a los afiliados que presentan quejas. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para responder sus preguntas o ayudarlo a resolver su problema. La presentación de una queja no afectará sus servicios de atención médica ni la cobertura de sus beneficios.

Si quien presenta la queja es un cliente del programa de Rehabilitación Vocacional (Vocational Rehabilitation, VR), podría tener derecho a recibir la asistencia del programa de asistencia al cliente (Client Assistance Program, CAP) de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (Office of Rehabilitation Services, ORS) del DHS en la preparación, presentación y representación de los asuntos a considerar. have the right to the assistance of the DHS-ORS Client Assistance Program (CAP) in the preparation, presentation and representation of the matters to be heard.

Estos son algunos ejemplos de circunstancias en las que puede presentar una queja:

- Su proveedor o un integrante del personal de YouthCare no respetaron sus derechos.
- Tuvo problemas para conseguir una cita con su proveedor dentro de un plazo apropiado.
- No estuvo conforme con la calidad de la atención o del tratamiento que recibió.
- Su proveedor o un integrante del personal de YouthCare fueron irrespetuosos con usted.
- Su proveedor o un integrante del personal de YouthCare fueron insensibles a sus necesidades culturales u otras necesidades especiales que pueda tener.

Puede presentar la queja por teléfono llamando a YouthCare al 844-289-2264 (TTY: 711). También puede presentar la queja por escrito por correo postal o fax a:

YouthCare  
Attn: Grievance and Appeals Dept.  
PO Box 733  
Elk Grove Village, IL 60009-0733  
Fax: 833-920-1747

En la carta que contiene la queja, bríndenos la mayor cantidad de información posible. Por ejemplo, incluya la fecha y el lugar del incidente, los nombres de las personas involucradas y los detalles de lo que sucedió. Asegúrese de incluir su nombre y su número de identificación de afiliado. Puede solicitar nuestra ayuda para

presentar una queja llamando al 844-289-2264 (TTY: 711).

Si no habla inglés, podemos proporcionar un intérprete sin costo para usted. Incluya esta solicitud cuando presente la queja. Si tiene problemas de audición, llame a Illinois Relay al 711.

En cualquier momento durante el proceso de queja, puede pedir que una persona que lo conoce lo represente o actúe en su nombre. Esta persona será “su representante”. Si decide que alguien lo represente o actúe en su nombre, informe a YouthCare por escrito el nombre de su representante y su información de contacto.

Intentaremos resolver su queja de inmediato. Si no podemos hacerlo, es posible que nos comuniquemos con usted para que nos brinde más información.

## **APELACIONES**

Una apelación es una forma de solicitar una revisión de nuestras decisiones. Si decidimos que un servicio o artículo solicitado no se puede aprobar, o si se reduce o suspende un servicio, le enviaremos una carta de “determinación adversa de beneficios”. En esta carta, se le informará lo siguiente:

- Qué decisión se tomó y el motivo de la decisión.
- Su derecho a presentar una apelación y cómo hacerlo.
- Su derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal y cómo hacerlo.
- Su derecho, en algunas circunstancias, a solicitar una apelación acelerada y cómo hacerlo.
- Su derecho a solicitar que los beneficios continúen durante la tramitación de su apelación, cómo hacerlo y cuándo usted o el DCFS deberían pagar los servicios. Es posible que deba pagar el costo de los servicios que reciba durante la revisión de la apelación si el menor es un joven que solía estar bajo el cuidado del DCFS. Si el menor es un joven bajo el cuidado del DCFS, el DCFS podría ser

responsable de pagar los servicios prestados durante la revisión de la apelación.

Es posible que no esté de acuerdo con una decisión o medida tomada por YouthCare sobre sus servicios o un artículo que solicitó. Una apelación es una forma de solicitar una revisión de nuestras decisiones. Puede apelar dentro de **sesenta (60) días calendario** de la fecha en la carta de determinación adversa de beneficios. Si desea que sus servicios se mantengan mientras apela, debe informarlo cuando apele, y debe presentar la apelación dentro de **diez (10) días calendario**, a más tardar, contados a partir de la fecha de la carta de determinación adversa de beneficios. La lista a continuación incluye ejemplos de cuándo podría presentar una apelación.

- No se aprueba o no se paga un servicio o artículo que su proveedor solicita.
- Se suspende un servicio que se había aprobado.
- No se le proporcionan los servicios o artículos de forma oportuna.
- No se le informa sobre su derecho de libertad de elección de proveedores.
- No se le aprueba un servicio porque no está en nuestra red.

### Hay dos formas para presentar una apelación.

1. Llame a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711). Si presenta una apelación por teléfono, debe ir seguida de una solicitud de apelación firmada por escrito.
2. Envíe su solicitud de apelación por escrito por correo postal o fax a:

YouthCare  
Attn: Grievance and Appeals Dept.  
PO Box 733  
Elk Grove Village, IL 60009-0733  
Fax: 833-920-1747

Si no habla inglés, podemos proporcionar un intérprete sin costo para usted. Incluya esta solicitud cuando presente la apelación. Si tiene problemas de audición, llame a Illinois Relay al 711.

### ¿ALGUIEN PUEDE AYUDARLO CON EL PROCESO DE APELACIÓN?

Cuenta con varias opciones para recibir asistencia. Usted puede:

- Pedirle a alguien que conoce que lo ayude y represente. Podría ser su proveedor de atención primaria (PCP) o un familiar, por ejemplo.
- Elegir que lo represente un profesional legal.

Si desea nombrar a una persona para que lo presente, usted debe:

- 1) enviarnos una carta para informarnos que desea que otra persona lo represente, e incluir en la carta su información de contacto, o
- 2) completar el formulario de apelaciones para representantes autorizados. Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web en [ILYouthCare.com](http://ILYouthCare.com).

### PROCESO DE APELACIÓN

Le enviaremos una carta de acuse de recibo dentro de tres (3) días hábiles para informarle que recibimos la apelación. Le informaremos si necesitamos más información y cómo brindarnos esta información en persona o por escrito.

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

YouthCare le enviará nuestra decisión por escrito dentro de quince (15) días hábiles posteriores a la fecha

en la que recibimos su solicitud de apelación. YouthCare podrá solicitar una extensión de hasta catorce (14) días para tomar una decisión sobre su caso si necesitamos reunir más información antes de tomar una decisión. Usted también puede pedirnos una extensión si necesita más tiempo para obtener documentos adicionales para respaldar su apelación.

Lo llamaremos para informarle nuestra decisión y les enviaremos a usted y a su representante autorizado el aviso de decisión. En el aviso de

decisión, le informaremos qué haremos y por qué.

Si la decisión de YouthCare coincide con la determinación adversa de beneficios, es posible que usted deba pagar el costo de los servicios recibidos durante la revisión de la apelación si el menor solía estar bajo el cuidado del DCFS. Si el menor es un joven bajo el cuidado del DCFS, el DCFS podría ser responsable de pagar los servicios prestados durante la revisión de la apelación. Si la decisión de YouthCare no coincide con la determinación adversa de beneficios, aprobaremos los servicios para que comiencen de inmediato.

Cosas a tener en cuenta durante el proceso de apelación:

- En cualquier momento, puede proporcionarnos más información sobre su apelación, si fuese necesario.
- Tiene la opción de consultar el expediente de la apelación.
- Tiene la opción de estar presente cuando YouthCare revise la apelación.

### ¿CÓMO PUEDE ACELERAR LA APELACIÓN?

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

### ¿CÓMO PUEDE RETIRAR UNA APELACIÓN?

Usted tiene el derecho de retirar su apelación por cualquier motivo, en cualquier momento

durante el proceso de apelación. Sin embargo, usted o su representante autorizado deben hacerlo por escrito, utilizando la misma dirección que la utilizada para presentar la apelación. El retiro de su apelación pondrá fin al proceso de apelación y no tomaremos ninguna decisión sobre su solicitud de apelación.

YouthCare acusará recibo del retiro de su apelación mediante el envío de una notificación a usted o a su representante autorizado. Si necesita más información acerca de cómo retirar su apelación, llame a YouthCare al 844-289-2264 (TTY: 711).

### ¿QUÉ OCURRE LUEGO?

Después de que reciba el aviso de decisión de apelación de YouthCare por escrito, no tiene que hacer nada más y se cerrará el expediente de la apelación. No obstante, si no está de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación, puede solicitar una audiencia imparcial estatal y/o una revisión externa de la apelación dentro de **treinta (30) días calendario** de la fecha que figura en el aviso de decisión. Puede optar por solicitar ambas, una audiencia imparcial estatal y una revisión externa, o solo una de ellas.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Si así lo decide, puede apelar mediante una audiencia imparcial estatal **dentro de ciento veinte (120) días calendario** de la fecha del aviso de decisión, pero debe hacerlo **dentro de diez (10) días calendario** de la fecha del aviso de decisión si desea que los servicios continúen.

Si no gana esta apelación, y el menor es un joven que solía estar bajo el cuidado del DCFS, es posible que sea responsable de pagar los servicios prestados durante el proceso de apelación. Si el menor es un joven bajo el cuidado del DCFS, el DCFS podría ser responsable de pagar los servicios prestados durante el proceso de apelación.

En la audiencia imparcial estatal, al igual que durante el proceso de apelación de YouthCare, puede pedir que otra persona lo represente,

como un abogado, o pedir que un familiar o amigo hable por usted. Si desea nombrar a una persona para que lo represente, debe enviarnos una carta para informarnos que desea que otra persona lo represente, e incluir en la carta su información de contacto.

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal de una de las siguientes maneras:

- Su centro local de recursos comunitarios para la familia puede entregarle un formulario de apelación para solicitar una audiencia imparcial estatal, y lo ayudará a completarlo, si usted lo desea.
- Visite <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals> para crear una cuenta de apelaciones de solicitudes de elegibilidad para los beneficios (Application for Benefits Eligibility, ABE) y presentar una solicitud de audiencia imparcial estatal en línea. Esto le permitirá gestionar y hacer un seguimiento de su apelación en línea, ver las fechas y las notificaciones importantes relacionadas con la audiencia imparcial estatal y enviar documentación.
- Si desea solicitar una audiencia imparcial estatal en relación con sus servicios o artículos médicos, o con los servicios de exención para personas de edad avanzada del programa de atención comunitaria (Community Care Program, CCP), envíe su solicitud por escrito a:

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 solicitar una audiencia imparcial estatal en relación con servicios o artículos de salud mental, servicios por abuso de sustancias, servicios de exención para personas con discapacidades, servicios de exención por lesiones cerebrales traumáticas,

servicios de exención por VIH/SIDA o cualquier servicio del programa de servicios a domicilio (Home Services Program, HSP), envíe su solicitud por escrito a:

Illinois Department of Human Services  
Bureau of Hearings

69 W. Washington Street, 4th Floor  
Chicago, IL 60602  
Fax: 312-793-8573

Correo electrónico:

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

### **PROCESO DE AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL**

La audiencia la llevará a cabo un funcionario de audiencias imparciales autorizado para celebrar audiencias imparciales estatales. Recibirá una carta de la oficina de audiencias correspondiente para informarle la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. En esta carta, también se proporcionará información sobre la audiencia. Es importante que lea esta carta detenidamente. Si creó una cuenta en <http://abe.illinois.gov/abe/access/appeals>, puede acceder a todas las cartas relacionadas con el proceso de audiencia imparcial estatal a través de la cuenta de apelaciones de ABE. También puede subir documentos y ver las citas.

Al menos tres (3) días hábiles antes de la audiencia, recibirá información de YouthCare. Esta información incluirá 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 YouthCare y al funcionario de audiencias imparciales al menos tres (3) días hábiles antes de la audiencia. Ello incluye una lista de los testigos que comparecerán en su nombre, así como todos los documentos que utilizará para respaldar su apelación.

Deberá notificar a la oficina de audiencias pertinente acerca de cualquier adaptación que necesite.

La audiencia se puede llevar a cabo por teléfono. Asegúrese de proporcionar el mejor número de teléfono para comunicarse con usted durante el horario de trabajo en su solicitud de audiencia imparcial estatal. Es posible que la audiencia se grabe.

### **PROLONGACIÓN O POSTERGACIÓN**

Puede solicitar una prolongación durante la audiencia, o una postergación antes de la audiencia, solicitudes que se podrán conceder si existe una causa justificada. Si el funcionario de audiencias imparciales está de acuerdo, se notificará a usted y a todas las partes de la apelación la nueva fecha y hora y el nuevo lugar. El límite de tiempo para completar el proceso de apelación se extenderá por la duración de la prolongación o postergación.

### **NO COMPARECENCIA A LA AUDIENCIA**

Su apelación se desestimará si usted o su representante autorizado no comparecen a la audiencia en la hora, fecha y lugar indicados en la notificación, sin haber solicitado una postergación por escrito. Si la audiencia se lleva a cabo por teléfono, se desestimará su apelación si no atiende el teléfono a la hora prevista para la apelación. Se enviará un Aviso de desestimación a todas las partes de la apelación.

La audiencia se podrá reprogramar, si nos informa dentro de **diez (10) días calendario** contados a partir de la fecha en la que recibió el Aviso de desestimación, y si el motivo de su falta de comparecencia fue:

- La muerte de un familiar
- Una lesión o enfermedad que razonablemente impediría su comparecencia
- Una emergencia repentina e imprevista

Si se reprograma la audiencia de apelación, la oficina de audiencias les enviará a usted o a su representante autorizado una carta para reprogramar la audiencia, con copias a todas las partes de la apelación.

Si denegamos su solicitud de reprogramar la

audiencia, recibirá una carta por correo postal, en la que se le informará el rechazo.

### **LA DECISIÓN DE LA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL**

Se enviará una decisión administrativa definitiva a usted y a todas las partes interesadas por escrito a través de la oficina de audiencias correspondiente. La decisión también estará disponible en línea a través de su cuenta de apelaciones de ABE. Esta decisión administrativa definitiva solo se puede revisar a través de los tribunales de circuito del estado de Illinois. El plazo que el tribunal de circuito permite para la solicitud de dicha revisión puede ser de tan solo **treinta y cinco (35) días** contados a partir de la fecha de esta carta. Si tiene preguntas, llame a la oficina de audiencias.

### **REVISIÓN EXTERNA (SOLO PARA SERVICIOS MÉDICOS)**

Dentro de **treinta (30) días calendario** contados a partir de la fecha del aviso de decisión de apelación de YouthCare, podrá decidir solicitar una revisión por parte de una persona ajena a YouthCare. Esto se denomina revisión externa. El revisor externo debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Debe ser un proveedor certificado por la junta con la misma especialidad que el proveedor tratante, o una especialidad similar.
- Debe estar ejerciendo en la actualidad.
- No debe tener un interés financiero en la decisión.
- No debe conocerlo a usted, y no debe conocer su identidad durante la revisión.

La revisión externa no está disponible para apelaciones relacionadas con servicios recibidos a través de la exención para personas de edad avanzada, la exención para personas con discapacidades, la exención por lesiones cerebrales traumáticas, la exención por VIH/SIDA o el programa de servicios a domicilio.

**En su carta, debe solicitar una revisión**

## externa de la decisión, y debe enviarla a:

YouthCare  
Attn: Grievance and Appeals Dept.  
PO Box 733  
Elk Grove Village, IL 60009-0733  
Fax: 833-920-1747

## ¿QUÉ OCURRE LUEGO?

- Revisaremos su solicitud para determinar si cumple con los requisitos para una revisión externa. Tenemos cinco (5) días hábiles para hacer esto. Le enviaremos una carta para informarle si su solicitud cumple con estos requisitos. Si su solicitud cumple con los requisitos, la carta contendrá el nombre del revisor externo.
- Tiene cinco (5) días hábiles contados a partir del momento en que enviemos esa carta para enviar cualquier información adicional sobre su solicitud al revisor externo.

El revisor externo les enviará a usted y/o a su representante y a YouthCare una carta en la que constará su decisión dentro de cinco (5) días calendario después de haber recibido toda la información que necesita para completar su revisión.

## REVISIÓN EXTERNA ACELERADA

Si el plazo normal para una revisión externa puede poner en peligro su vida o su salud, usted o su representante pueden solicitar una **revisión externa acelerada**. Lo puede hacer por teléfono o por escrito. Para solicitar una revisión externa acelerada por teléfono, llame a Servicios para Afiliados al número gratuito 844-289-2264 (TTY: 711). Para solicitarla por escrito, envíenos una carta a la siguiente dirección. Solo puede hacer una (1) solicitud de revisión externa sobre una decisión en particular. En su carta, debe solicitar una revisión externa de esa decisión.

YouthCare  
Attn: Grievance and Appeals Dept.  
PO Box 733  
Elk Grove Village, IL 60009-0733

## ¿QUÉ OCURRE LUEGO?

- O Una vez que recibamos la llamada telefónica o la carta para solicitar una revisión externa acelerada, revisaremos de inmediato su solicitud para determinar si reúne los requisitos para una revisión externa acelerada. De ser así, nos comunicaremos con usted o su representante para comunicarles el nombre del revisor.
- Además le enviaremos la información necesaria al revisor externo para que pueda comenzar su revisión.
- Tan pronto como lo requiera su condición de salud y, a más tardar, dentro de dos (2) días hábiles de haber recibido toda la información necesaria, el revisor externo tomará una decisión sobre su solicitud. Le informará a usted y/o a su representante y a YouthCare cuál es su decisión verbalmente. A esto le seguirá una carta que se le enviará a usted y/o a su representante y a YouthCare en la que constará la decisión, carta que se enviará en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas.

## Derechos y responsabilidades

---

### USTED TIENE DERECHO A:

- Recibir un trato digno y respetuoso en todo momento.
- Exigir que su información médica personal y sus expedientes médicos se mantengan en privado, salvo cuando la ley permita su divulgación.
- Exigir protecciones contra la discriminación.
- Recibir información de YouthCare en otros idiomas o formatos, como con un intérprete o en braille.
- Recibir información sobre las alternativas y opciones de tratamiento disponibles.
- Recibir la información necesaria para intervenir en la toma de decisiones sobre sus opciones y su tratamiento de atención médica.
- Rechazar un tratamiento y que le informen qué le podría suceder a su salud si lo rechaza.

- Recibir una copia de sus expedientes médicos y, en algunos casos, solicitar que se modifiquen o corrijan.
- Elegir su propio proveedor de atención primaria (PCP) de YouthCare. Puede cambiar de PCP en cualquier momento.
- Presentar una queja (a veces llamado reclamo) o una apelación sin temor a que lo maltraten o a represalias de cualquier tipo.
- Solicitar y recibir, dentro de un plazo razonable, información sobre YouthCare, sus proveedores y políticas.

**USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:**

- Tratar a su médico y al personal del consultorio con cortesía y respeto.
- Llevar su tarjeta de identificación de YouthCare consigo cuando vaya a las citas con su médico y a la farmacia a retirar sus medicamentos recetados.
- Asistir a las citas y llegar puntualmente.
- Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
- Seguir las instrucciones y el plan de tratamiento que reciba de su médico.
- Informar a YouthCare y a su trabajador social si su dirección o su número de teléfono cambian.
- Leer el manual del afiliado para conocer qué servicios están cubiertos y si existen reglas especiales.

## Fraude, abuso y negligencia

.....

**Denuncie cualquier sospecha de fraude, abuso o negligencia llamando a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711). O llame a nuestra línea directa de fraude y abuso al 866-685-8664. Toda la información se mantendrá confidencial.**

El fraude, el abuso y la negligencia son todos incidentes que deben ser denunciados.

El **fraude** ocurre cuando una persona recibe beneficios o pagos a los que no tiene derecho. Otros ejemplos de fraude son:

- Usar la tarjeta de identificación de otra persona o dejar que otra persona use la suya
- Un proveedor que factura por servicios que usted no recibió

El **abuso** ocurre cuando una persona ocasiona un daño o una lesión física o mental. Estos son algunos ejemplos de abuso:

- El abuso físico ocurre cuando lo lastiman, como por ejemplo, cuando lo abofetean, lo golpean, lo empujan o lo amenazan con un arma
- El abuso mental ocurre cuando una persona usa palabras amenazadoras con usted, intenta controlar su actividad social o lo mantiene aislado
- El abuso financiero ocurre cuando una persona utiliza su dinero, sus cheques personales o sus tarjetas de crédito sin su permiso
- El abuso sexual ocurre cuando una persona lo toca de forma inapropiada y sin su permiso

La **negligencia** ocurre cuando una persona decide negarle la atención de las necesidades básicas de la vida, como comida, ropa, cobijo o atención médica. Si cree que es una víctima, debe denunciar la situación de inmediato. Puede llamar a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711).

También debe denunciar el problema a una de las siguientes agencias según su edad o colocación. Todas las denuncias a estas agencias se mantienen en confidencialidad y se reciben denuncias anónimas.

**Servicios de Protección Infantil:**  
1-800-25-ABUSE (1-800-252-2873) TTY: 1-800-358-5117

El Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois tiene la responsabilidad primordial de proteger a los niños en la

investigación de sospechas de abuso o negligencia. Su llamada confidencial garantizará la seguridad del niño.

**Línea directa de centros de enfermería:**  
1-800-252-4343. La línea directa de centros de enfermería del Departamento de Salud Pública de Illinois es para reportar quejas sobre hospitales, centros de enfermería y agencias de asistencia de salud en el hogar, y la atención o falta de atención de los pacientes.

**Línea directa de quejas del programa de vida asistida:** 1-800-226-0768.

**Servicios de Protección de Adultos:**  
1-866-800-1409 (TTY: 1-888-206-1327). La línea directa de los Servicios de Protección de Adultos del Departamento de Servicios para Ancianos de Illinois es para denunciar acusaciones de abuso, negligencia o explotación para todos los adultos de 18 años o más. Su coordinador de atención médica de YouthCare le entregará 2 folletos sobre la denuncia de situaciones de abuso, negligencia y explotación. Puede solicitar nuevas copias de estos folletos en cualquier momento.

**Programa de la Oficina del Defensor de Atención en el Hogar:**  
1-800-252-8966.

También puede llamar a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711) para denunciar un incidente.

## Definiciones

.....

**Apelación** se refiere a una solicitud para que su plan médico revise una decisión nuevamente.

**Representante autorizado** se refiere a una persona, un trabajador social, un grupo, una entidad o cualquier otra persona aprobada por el administrador de tutela del DCFS que está legalmente autorizada para hablar por o en nombre del afiliado, y que el departamento ha comunicado al contratista mediante el

archivo diario 834 en un lugar acordado entre el contratista y el departamento en el archivo diario 834.

**Más allá de la necesidad médica** se refiere a una hospitalización que continúa después de que un joven bajo el cuidado del DCFS haya sido autorizado desde el punto médico para recibir el alta. El hospital recibe un reembolso por la estadía más allá de la necesidad médica por parte del DCFS.

**Evaluación de salud integral** se refiere a la evaluación que se realiza dentro de veintiún (21) días del inicio de la custodia temporal del DCFS e incluye: (i) un examen del programa de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT); (ii) exámenes de la vista, la audición y los dientes, cuando corresponda; y (iii) exámenes de detección de abuso de sustancias y alcohol, del desarrollo y de salud mental, cuando corresponda. Las derivaciones resultantes para servicios especializados se realizan según sea necesario.

**Copago** se refiere a una cantidad fija de dinero (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierta.

**DCFS** hace referencia al Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois.

**Agente autorizado** del DCFS se refiere al personal del DCFS que ha sido nombrado y autorizado por el administrador de tutela del DCFS para actuar oficialmente en lugar del administrador de tutela del DCFS con el fin de autorizar y prestar consentimiento para asuntos que involucran a jóvenes bajo el cuidado del DCFS.

**Trabajador social del DCFS** se refiere al representante designado que tiene responsabilidad primordial por la gestión de casos de bienestar infantil de un joven bajo el cuidado del DCFS, que trabaja con el joven y la familia del joven para identificar servicios para

abordar los problemas por los que el joven ingresó en el sistema de bienestar infantil, y que proporciona información actualizada y comparece ante el tribunal de menores en la causa del joven. El trabajador social del DCFS puede estar empleado por el DCFS o por una agencia de contratación de servicios, y también recibe el nombre de “trabajador de colocación permanente”.

**Administrador de tutela del DCFS** se refiere a la persona designada por el director del DCFS para que se desempeñe como tutor de los niños aceptados por el DCFS en virtud de la Ley del Tribunal de Menores, la Ley de Servicios para el Niño y la Familia, la Ley para Reportar el Abuso y la Negligencia de Niños y la Ley de Adopción. El administrador de tutela del DCFS tiene la autoridad legal de prestar su consentimiento para determinados servicios médicos y de salud del comportamiento para los jóvenes bajo el cuidado del DCFS, en función de las órdenes específicas dictadas por los tribunales de menores y de las edades específicas de los jóvenes bajo el cuidado del DCFS, de conformidad con la Norma 327 del DCFS.

**Enlaces del DCFS** se refiere al personal del DCFS que trabaja en las oficinas del DCFS en todo el estado y que es responsable de ayudar a tender un puente de comunicación entre el DCFS y YouthCare.

**Plan de servicio del DCFS** se refiere a un plan escrito en un formulario indicado por el DCFS que guía a todas las personas en el plan de intervención de bienestar infantil hacia el logro de los objetivos de permanencia para los jóvenes que están bajo el cuidado del DCFS. El plan de servicio del DCFS está elaborado por el trabajador social del DCFS y otros miembros del equipo de niños y familias de conformidad con el Procedimiento 300 del DCFS, e indica todos los servicios necesarios para el niño, incluidos los servicios ordenados por el tribunal de menores.

**Jóvenes del DCFS** se refiere a los jóvenes que están bajo el cuidado del DCFS y a los jóvenes que solían estar bajo el cuidado del DCFS y que

son posibles afiliados, afiliados potenciales o afiliados del plan especializado de atención gestionada para jóvenes del DCFS.

**Joven bajo el cuidado del DCFS** se refiere a un joven que se encuentra bajo la custodia o tutela legal del DCFS.

**Equipo médico duradero** se refiere a los equipos y suministros de uso diario o prolongado que ordena un proveedor de atención médica

**Condición médica de emergencia** se refiere a una enfermedad, una lesión, un síntoma o una condición tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños graves.

**Servicios de emergencia** se refiere a la evaluación de una condición de salud de emergencia y al tratamiento de la condición para evitar que empeore.

**Servicios excluidos** se refiere a los servicios de atención médica que su compañía o plan de seguro médico no pagan o no cubren.

**Joven que solía estar bajo el cuidado del DCFS** se refiere a un joven menor de 21 años de edad que anteriormente estuvo bajo la custodia o tutela legal del DCFS, pero que se volvió a reunir con su familia biológica, fue adoptado, fue colocado bajo tutela subsidiada o cuya causa ante el tribunal de menores se cerró y ya no se encuentra bajo la custodia legal del DCFS.

**Queja** se refiere a un reclamo que usted le comunica a su plan médico.

**Servicios y dispositivos de habilitación** se refiere a los servicios que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar destrezas y funciones de la vida cotidiana. Un ejemplo sería la terapia para un niño que no camina o habla a la edad prevista. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, terapia de patologías del habla y del lenguaje, y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de centros hospitalarios y/o ambulatorios.

**Especialista en contratación de servicios médicos** se refiere a un integrante del personal que brindará asistencia en la búsqueda de proveedores y para la programación de las citas. El especialista en contratación de servicios médicos está disponible para ayudar a resolver las necesidades que puedan tener un afiliado y/o un cuidador.

**Administrador de servicios de salud** se refiere a un integrante del personal de YouthCare habilitado que lo ayudará con su atención médica.

**HealthWorks** hace referencia a un sistema integral de atención médica desarrollado por el DCFS para todos los niños y jóvenes de Illinois que se encuentren en acogida temporal, que garantiza que tengan acceso a atención médica de calidad, atención médica de rutina y a atención médica especializada que cumpla con sus necesidades de atención médica identificadas, y proporciona documentación de la información de atención médica y las necesidades de salud a la que los cuidadores, otros proveedores de atención médica y el DCFS podrán acceder fácilmente. HealthWorks proporciona acceso y derivaciones para médicos de atención primaria, exámenes de salud iniciales, evaluaciones de salud integrales, exámenes para niños sanos y vacunas.

**Atención de la salud en el hogar** se refiere a los servicios de atención médica que una persona recibe en su hogar.

**Servicios para enfermos terminales** se refiere a servicios para brindar consuelo y apoyo para personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y para sus familias.

**Hospitalización** se refiere a la atención en un hospital que requiere el ingreso de un paciente a un hospital, donde pasará una o más noches. Pasar la noche en el hospital para propósitos de observación podría considerarse como atención ambulatoria.

**Atención de pacientes ambulatorios** en un hospital se refiere a la atención en un hospital

que por lo general no requiere pasar la noche hospitalizado.

**Centro de salud integrado** se refiere a una forma totalmente integrada de coordinación de la atención para todos los afiliados de Illinois Medicaid. El centro de salud integrado coordinará la atención médica física, social y del comportamiento de sus afiliados. Un centro de salud integrado es responsable de la coordinación de la atención para los afiliados, pero no es responsable de los servicios de salud y el tratamiento de los afiliados. El centro de salud integrado trabajará de cerca con su plan de salud para coordinar su atención.

**Juzgado de menores** se refiere a un tribunal que entiende en asuntos relacionados con peticiones en las que se alega que un niño o joven es objeto de abuso o abandono, o es adicto o un delincuente en virtud de las disposiciones de la Ley del Tribunal de Menores, 705 ILCS 405.1 y siguientes.

**Necesario a nivel médico** se refiere a los servicios o suministros de atención médica que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, trastorno o sus síntomas, y que cumplen con los estándares médicos aceptados.

**Fuera de la red** se refiere a proporcionar al beneficiario la opción de acceder a los servicios del plan fuera de la red de proveedores contratada del plan. En algunos casos, los gastos de desembolso del beneficiario podrían ser más elevados para un beneficio fuera de la red.

**Objetivo de permanencia** se refiere al resultado deseado del servicio y la intervención de bienestar infantil que se determina que beneficia la salud, la seguridad y el bienestar del joven bajo el cuidado del DCFS, y es lo mejor para él.

**Autorización previa** se refiere a una decisión de su compañía o plan de seguro médico de que un servicio de atención médica, plan de

tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero son necesarios a nivel médico. También se conoce como preautorización, aprobación previa o precertificación. Su seguro o plan médico podría requerir una preautorización para algunos servicios antes de que usted los reciba, excepto en casos de emergencia. La preautorización no constituye una promesa de que su compañía o plan de seguro médico cubrirán el costo.

**Proveedor de atención primaria** se refiere a un médico (M.D.: doctor en medicina; o D.O.: doctor en medicina osteopática), enfermero practicante, especialista en enfermería clínica o auxiliar médico (según lo autorice la ley estatal) que brinda, coordina o ayuda a un paciente a tener acceso a una gama de servicios de atención médica.

**Cobertura de medicamentos** recetados se refiere a la compañía o plan de seguro médico que ayudan a pagar los fármacos y medicamentos recetados.

**Promoting Adoption Success™** es un programa especializado de YouthCare para apoyar la colocación permanente de los niños y jóvenes que se encuentran en acogida temporal. Este programa está destinado a los niños/jóvenes que avanzan hacia la adopción, a los jóvenes y las familias mientras atraviesan el proceso de adopción, y a las familias y los jóvenes hasta que cumplen los 21 años de edad.

**Medicamentos psicotrópicos** se refiere a cualquier medicamento capaz de afectar la mente, las emociones y el comportamiento. A los fines de esta definición, también se incluyen los medicamentos utilizados para inducir o mantener el sueño o para tratar síntomas de agresión, la enuresis y los efectos adversos inducidos por los medicamentos psicotrópicos.

**Agencia de contratación de servicios** se refiere a una agencia de bienestar infantil habilitada contratada por DCFS para prestar servicios de bienestar infantil a los jóvenes y las familias.

**Servicios y dispositivos de rehabilitación** se refiere a los servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar destrezas y funciones de la vida cotidiana perdidas o deterioradas porque la persona estaba enferma, herida o discapacitada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, terapia de patologías del habla y del lenguaje, y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de centros hospitalarios y/o ambulatorios.

**Servicios de salud del comportamiento retenidos** se refiere a todos los servicios de salud del comportamiento que son potencialmente elegibles para reembolso en virtud de Medicaid, pero que son adjudicados por el DCFS, a la fecha de entrada en vigencia de la adenda al contrato.

**Eventos significativos** se refiere a incidentes graves, a veces traumáticos, que afectan a los niños y jóvenes que reciben servicios del DCFS, que están sujetos a requisitos de divulgación obligatoria, y que se describen en mayor detalle en el Procedimiento 331 del DCFS.

**Atención de enfermería especializada** se refiere a los servicios de enfermería prestados dentro del alcance de la Ley de Ejercicio de la Enfermería de Illinois (225 ILCS 65/50-1 y siguientes) por parte de enfermeros diplomados, enfermeros certificados o enfermeros vocacionales certificados para ejercer en el estado.

**Especialista se refiere a un médico** que se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones.

**Atención de urgencia** se refiere a la atención de una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para que requiera acudir a una sala de emergencias.

## Descargos de responsabilidad

---

### **DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN**

MeridianHealth cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MeridianHealth no excluye ni trata diferente a las personas por motivos de edad, discapacidad, estado civil, raza, sexo, ingresos, estado de salud, arresto o condena, religión, preferencia sexual, color de piel, país de nacimiento, participación militar o idioma. MeridianHealth:

- Brinda servicios y ayuda de forma gratuita a las personas con dificultades para comunicarse de forma efectiva con nosotros; por ejemplo, intérpretes capacitados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros formatos).
- Brinda servicios de idiomas gratuitos para las personas cuya lengua materna no sea el inglés; por ejemplo, intérpretes capacitados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a MeridianHealth al 1-844-289-2264 (TTY: 711).

Si usted cree que MeridianHealth no le brindó estos servicios o lo discriminó de otra forma por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con: MeridianHealth, Attn: Appeals and Grievances, PO Box 733, Elk Grove Village IL 60009-0733, 1-844-289-2264 (TTY: 711), Fax: 1-833-920-1747.

Puede presentar una queja en persona, o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, MeridianHealth está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, o por correo postal o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html>.

## Asistencia con idiomas

---

Inglés	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-289-2264 (TTY: 711).
Español	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-289-2264 (TTY: 711).
Polaco	UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-844-289-2264 (TTY: 711).
Chino	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 1-844-289-2264 (TTY: 711)。
Coreano	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-289-2264 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Tagalo	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-289-2264 (TTY: 711).
Árabe	رقم 1-844-289-2264 ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 711. هاتف الصم والبكم.
Ruso	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-289-2264 (телетайп: 711).
Gujarati	સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરે 1-844-289-2264 (TTY: 711).
Urdu	یہ تہمتا مدد کی دہم کی نابز وک پآ وت، یہیے تلوب ودرآ پآ رگا: رادرخب 1-844-289-2264 (TTY: 711) یہیے لاک - یہیے بایستد
Vietnamita	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-289-2264 (TTY: 711).

---

Italiano

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-844-289-2264 (TTY: 711).

---

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-844-289-2264 (TTY: 711) पर कॉल करें।

---

Francés

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-289-2264 (ATS: 711).

---

Griego

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-844-289-2264 (TTY: 711).

---

Alemán

**ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-844-289-2264 (TTY: 711).**

---

# Aviso de prácticas de privacidad

.....

## **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

### **LÉALO DETENIDAMENTE.**

Fecha de entrada en vigencia: 07.01.2017  
Para obtener ayuda para traducir o entender este texto, llame al 844-289-2264. Las personas con problemas auditivos deben llamar al 711). For help to translate or understand this, please call 844-289-2264. (TTY: 711). Se brindan servicios de interpretación de idiomas sin costo alguno para usted.

### **AVISO DE PRIVACIDAD Y DERECHOS DE PRIVACIDAD**

YouthCare tiene la obligación legal de mantener la privacidad de su información de salud protegida (protected health information, PHI), proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información de salud protegida, cumplir con los términos del aviso que está actualmente en vigencia, y avisarle en caso de una violación de su información de salud protegida.

YouthCare describe cómo utilizamos y divulgamos su información de salud protegida. También describe sus derechos de acceder, modificar y gestionar su información de salud protegida y cómo ejercer esos derechos. Todos los demás usos y las demás divulgaciones de su información de salud protegida que no se describen en este aviso se harán solo con su autorización por escrito.

YouthCare se reserva el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer entrar en vigor el aviso revisado o modificado para su información de salud protegida que

ya tenemos y para cualquier información de salud protegida que recibamos en el futuro. YouthCare revisará y distribuirá este aviso con prontitud cada vez que se produzca un cambio significativo en lo siguiente:

- Los usos o las divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad estipuladas en el aviso

Pondremos a disposición en nuestra página web cualquier aviso revisado.

### **PROTECCIONES INTERNAS DE PHI VERBAL, ESCRITA Y ELECTRÓNICA**

El plan de YouthCare protege su PHI. Contamos con procesos de privacidad y seguridad para ayudar. Estas son algunas de las formas en las que protegemos su PHI.

- Capacitamos a nuestro personal para seguir nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Requerimos que nuestros socios comerciales sigan los procesos de seguridad y privacidad.
- Mantenemos nuestras oficinas seguras.
- Hablamos de su PHI solo por razones de negocios con personas que necesitan conocerla.
- Mantenemos su PHI segura cuando la enviamos o almacenamos electrónicamente.
- Usamos tecnología para prevenir que las personas equivocadas obtengan acceso a su PHI.

### **CÓMO USAMOS Y COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

La siguiente es una lista de cómo podemos usar o divulgar su información de salud protegida sin su permiso o autorización:

**Tratamiento:** podemos usar o divulgar su información de salud protegida a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporciona tratamiento a usted, para coordinar su tratamiento entre los proveedores, o para que nos ayuden en la toma de decisiones

de autorización previa relacionadas con sus beneficios.

**Pago:** podemos usar y divulgar su información de salud protegida para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención médica que recibió. Podemos divulgar su información de salud protegida a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica o a otra entidad sujeta a reglas de privacidad federales para sus fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir:

- procesamiento de reclamaciones
- determinación de elegibilidad o cobertura para reclamaciones
- emisión de facturación de primas
- evaluación de servicios de necesidad médica
- llevar a cabo una evaluación del uso de reclamaciones

#### **Operaciones de atención médica:**

podemos usar y divulgar su información de salud protegida para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir:

- prestación de servicios al cliente
- respuesta a quejas y apelaciones
- prestación de gestión de casos y coordinación de atención
- evaluaciones médicas de reclamaciones y otras evaluaciones de calidad
- actividades de mejoramiento

En nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar información de salud protegida a los socios comerciales. Tendremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su información de salud protegida con estos socios. Podemos divulgar su información de salud protegida a otra entidad que esté sujeta a las Reglas federales de privacidad. La entidad también debe tener una relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- evaluación de la calidad y actividades de

mejoramiento

- evaluación de la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención médica
- gestión de casos y coordinación de atención
- detección o prevención del fraude y del abuso en la atención médica

**Divulgaciones al patrocinador del plan/plan de salud de grupo:** podemos divulgar su información de salud protegida a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad que le ofrezca un programa de atención médica, si el patrocinador está de acuerdo con determinadas restricciones sobre el uso y la divulgación de la información de salud protegida (tal como aceptar no usar la información de salud protegida para tomar medidas o decisiones relacionadas con el empleo).

#### **Actividades de recaudación de fondos:**

podemos comunicarnos con usted para preguntarle si podemos usar o divulgar su información de salud protegida para actividades de recaudación de fondos, como por ejemplo, recaudar dinero para ayudar a una fundación benéfica u otra organización similar a financiar sus actividades. Usted no tiene que estar de acuerdo con esto, y puede solicitar que no nos volvamos a comunicar con usted por este tema.

**Propósitos de suscripción de seguro:** podemos usar o divulgar su información de salud protegida para fines de suscripción de seguro, como para realizar una determinación acerca de una petición o solicitud de cobertura. Si usamos o divulgamos su información de salud protegida para propósitos de suscripción de seguro, se nos prohíbe usar o divulgar su información de salud protegida que constituye información genética en el proceso de suscripción de seguro.

**Recordatorios de citas/Alternativas de tratamiento:** podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida para recordarle de una cita para tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros

beneficios y servicios relacionados con la salud, tales como información sobre cómo dejar de fumar.

**Según lo exija la ley:** si las leyes federales, estatales y/o locales exigen el uso o la divulgación de su información de salud protegida, podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida en la medida en que el uso o la divulgación cumplan con dicha ley y se limiten a los requisitos de dicha ley. Si dos o más leyes o reglamentaciones que rigen el mismo uso o la misma divulgación están en conflicto, cumpliremos con las leyes o reglamentaciones más restrictivas.

**Actividades de salud pública:** podemos divulgar su información de salud protegida a una autoridad de salud pública con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su información de salud protegida a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para garantizar la calidad, seguridad y efectividad de los productos o servicios que están bajo la competencia de la FDA.

**Víctimas de abuso y negligencia:** podemos divulgar su información de salud protegida a una autoridad gubernamental local, estatal o federal, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir dichas denuncias si tenemos fundamentos para creer que ha habido abuso, negligencia o violencia doméstica.

**Procedimientos judiciales y administrativos:** podemos divulgar su información de salud protegida en procedimientos judiciales y administrativos. También podemos divulgarla en respuesta a lo siguiente:

- una orden de un tribunal
- un tribunal administrativo
- una notificación
- una citación
- una orden judicial

- una solicitud de descubrimiento
- una solicitud legal de naturaleza similar

**Cumplimiento de la ley:** podemos divulgar su información de salud protegida relevante a agentes de la ley cuando se requiera que lo hagamos. Por ejemplo, en respuesta a:

- una orden judicial
- una orden de allanamiento del tribunal
- una notificación
- una citación emitida por un funcionario judicial
- una notificación de jurado de acusación.
- También podemos divulgar su información de salud protegida relevante para identificar o encontrar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo esencial o una persona desaparecida.

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** podemos divulgar su información de salud protegida a un médico forense o examinador médico. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar su información de salud protegida a directores de funerarias, según sea necesario, para que puedan llevar a cabo sus deberes.

**Donación de órganos, ojos y tejido:** podemos divulgar su información de salud protegida a organizaciones de obtención de órganos. También podemos divulgar su información de salud protegida a quienes trabajan en adquisición, banca o trasplante de:

- órganos cadavéricos
- ojos
- tejidos

**Amenazas a la salud y seguridad:** podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida si creemos, de buena fe, que es necesario el uso o la divulgación para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente para la salud o seguridad de una persona o del público.

**Funciones gubernamentales especializadas:** si usted forma parte de las Fuerzas Armadas de los EE. UU., podemos divulgar su información de salud protegida según lo requieran las autoridades de comando militar.

También podemos divulgar su información de salud protegida

- a funcionarios federales autorizados para la seguridad nacional
- para actividades de inteligencia
- al Departamento de Estado para determinaciones de idoneidad médica
- para servicios de protección del Presidente u otras personas autorizadas

**Compensación de trabajadores:** podemos divulgar su información de salud protegida para cumplir con leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares, establecidos por la ley. Estos son programas que dan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpa.

**Situaciones de emergencia:** podemos divulgar su información de salud protegida en una situación de emergencia, o si usted está incapacitado o no está presente, a un familiar, un amigo personal cercano, una agencia de ayuda humanitaria autorizada o a cualquier otra persona que usted haya identificado previamente. Usaremos nuestro criterio y experiencia profesional para decidir si la divulgación es lo mejor para usted. Si la divulgación es lo mejor para usted, solo divulgaremos la información de salud protegida que sea directamente relevante para la intervención de la persona en su atención.

**Presos:** si usted está preso en una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un funcionario de cumplimiento de la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o al funcionario de cumplimiento de la ley, en tanto dicha información sea necesaria para que la

institución le proporcione atención médica; para proteger su salud o su seguridad, o la salud o la seguridad de los demás; o para la seguridad y protección de la institución correccional.

**Investigación:** en ciertas circunstancias, podemos divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y cuando existan ciertas garantías para asegurar la privacidad y la protección de su información de salud.

### **CÓMO USAMOS O COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA QUE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO**

Tenemos la obligación de obtener su autorización por escrito para utilizar o divulgar su información de salud protegida, con excepciones limitadas, por las siguientes razones:

**Venta de información de salud protegida:** solicitaremos su autorización por escrito antes de hacer cualquier divulgación que se considere una venta de su información de salud protegida, lo que significa que recibimos una contraprestación por la divulgación de la información de salud protegida de esta manera.

**Marketing:** solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar su información de salud protegida para fines de marketing con excepciones limitadas, como por ejemplo, cuando tengamos comunicaciones de marketing en persona con usted o cuando proporcionemos regalos promocionales de valor nominal.

**Notas de psicoterapia:** solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que pudiéramos tener en nuestros expedientes, con excepciones limitadas, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

### **¿Cuáles son sus derechos?**

A continuación, se detallan sus derechos en

lo que se refiere a su información de salud protegida. Si desea ejercer cualquiera de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros utilizando la información al final de este aviso.

- **Derecho a revocar una autorización:** usted puede revocar su autorización en cualquier momento; la revocación de su autorización debe constar por escrito. La revocación entrará en vigor de inmediato, excepto cuando ya hayamos tomado medidas basándonos en la autorización y antes de recibir su revocación por escrito.
- **Derecho a solicitar restricciones:** usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su información de salud protegida en caso de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como las divulgaciones a personas involucradas en su atención o el pago de la atención, como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que solicita y especificar a quiénes se aplica la restricción. No es necesario que estemos de acuerdo con esta solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud de restricciones, a menos que la información sea necesaria para suministrarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la información de salud protegida para pago u operaciones de atención médica a un plan médico cuando usted haya desembolsado el total por el servicio o artículo.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** usted tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud protegida utilizando métodos o lugares alternativos. Este derecho se aplica únicamente si no comunicar la información en los métodos o lugares alternativos que desea puede ponerlo en peligro. No tiene que explicar el motivo de su pedido, pero debe indicar que la información puede ponerlo en peligro si no se modifican el medio de comunicación o el lugar. Debemos aceptar su solicitud si es razonable y si indica

el medio o lugar alternativo donde se debe comunicar su información de salud protegida.

- **Derecho a acceder y obtener copias de su información de salud protegida:** usted tiene derecho, con excepciones limitadas, a leer u obtener copias de la información de salud protegida incluida en un expediente designado. Puede solicitar que le entreguemos copias en formatos que no sean fotocopias. Le entregaremos la información en el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo por razones prácticas. Deberá presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud protegida. Si rechazamos su pedido, le presentaremos una explicación por escrito y le indicaremos si se pueden evaluar las razones del rechazo y, de ser así, cómo solicitar dicha evaluación, o si no se puede evaluar el rechazo.
- **Derecho a modificar su información de salud:** usted tiene el derecho de solicitar que modifiquemos, o cambiemos, su información de salud protegida si cree que contiene información incorrecta. Debe solicitarlo por escrito y debe explicar por qué la información debería modificarse. Podemos rechazar su solicitud por determinadas razones, como por ejemplo, si no fuimos nosotros quienes creamos la información que usted desea modificar y el autor de la información de salud protegida puede realizar la modificación. Si rechazamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión, y adjuntaremos su declaración a la información de salud protegida que usted solicita que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos lo que esté a nuestro alcance para informar a los demás, incluidas las personas que usted nombre, de la modificación y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.
- **Derecho a recibir un recuento de las divulgaciones:** usted tiene derecho a recibir una lista de las ocasiones, dentro del último período de 6 años, en las que nosotros o

nuestros socios comerciales divulgamos su información de salud protegida. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones que usted autorizó y otras actividades determinadas. Si solicita esto más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le daremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.

- **Derecho a presentar una queja:** si considera que sus derechos de privacidad han sido violados o que hemos incumplido nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una queja por escrito o por teléfono usando la información de contacto que se encuentra al final de este aviso.

También puede presentar una queja ante la Secretaría de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llamando al 1-800-368-1019, (TTY: 1-866-788-4989) o ingresando en [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

## **NO TOMAREMOS NINGUNA ACCIÓN EN SU CONTRA POR PRESENTAR UNA QUEJA.**

### **Derecho a recibir una copia de este aviso:**

puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento usando la lista de información de contacto al final del aviso. Si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa del aviso.

### **USO DE SUS DERECHOS**

Si tiene preguntas sobre este aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su información de salud protegida o cómo ejercer sus derechos, contáctenos por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que se detalla a continuación.

YouthCare  
Attn: Privacy Official  
PO Box 733  
Elk Grove Village, IL 60009-0733  
844-289-2264  
TTY: 711



**YOUTHCARE HEALTHCHOICE ILLINOIS**

PO Box 733

Elk Grove Village, IL 60009-0733

*Si tiene preguntas, puede llamar a Servicios para Afiliados al 844-289-2264 (TTY: 711).*