



**HFS**

Illinois Department of  
Healthcare and Family Services

We improve lives.

## Preguntas frecuentes

Beneficios de salud para adultos inmigrantes (HBIA)

Beneficios de salud para adultos mayores inmigrantes (HBIS)

Los programas de Beneficios de salud para adultos inmigrantes (HBIA, por sus siglas en inglés) y Beneficios de salud para personas mayores inmigrantes (HBIS, por sus siglas en inglés) son programas financiados por el Estado creados para proporcionar cobertura médica a adultos y personas mayores inmigrantes que no pueden acogerse a Medicaid debido a su situación migratoria.

- Desde que se iniciaron los programas, los clientes estaban cubiertos por el modelo de programa de pago por servicios (FFS, por sus siglas en inglés) del Departamento de Asistencia Sanitaria y Servicios Familiares (HFS, por sus siglas en inglés) de Illinois. A partir del 1 de enero de 2024, la mayoría de los clientes pasarán a recibir atención sanitaria gestionada. La transición a la atención sanitaria gestionada se completará prácticamente antes del 1 de abril de 2024.
- Sólo los que tengan otro seguro o estén en el programa de reducción de gastos permanecerán en el programa de FFS del HFS. El resto se inscribirá en una de las organizaciones de asistencia sanitaria gestionada (MCO, por sus siglas en inglés) de HealthChoice Illinois.
- La asistencia gestionada ofrece coordinación de cuidados, beneficios adicionales y un mayor apoyo a los miembros para ayudar a garantizar que las poblaciones HBIA/HBIS reciban los servicios necesarios, incluidos los servicios no médicos para abordar las necesidades sociales relacionadas con la salud. Los materiales se han traducido a las idiomas principales y hay intérpretes disponibles en cada fase de la interacción entre el cliente, la MCO y el proveedor.
- A partir del 2/1/24, entraron en vigor los copagos y coaseguros ("gastos compartidos") para determinados servicios hospitalarios y quirúrgicos. Los inscritos en CountyCare no tendrán gastos compartidos, la MCO renuncia a ellos. A todos los demás clientes, incluidos los de pago por servicio, sólo se les puede cobrar lo que permite la norma administrativa.
- Los copagos y los gastos compartidos sólo se pueden cobrar por los siguientes servicios:
  - Hospitalizaciones no urgentes: \$250 de copago por estadía.
  - Servicios ambulatorios hospitalarios no urgentes o centros de tratamiento quirúrgico ambulatorio: El 10 % de lo que el HFS pagaría al proveedor. El importe que se puede cobrar a un afiliado variará en función del servicio y

del proveedor y los afiliados deben consultar con el proveedor si tendrán que pagar un gasto de su bolsillo por un servicio.

- La mayoría de los servicios se prestarán de manera continuada de forma gratuita a los clientes, incluidas las consultas de atención primaria, los servicios prestados en los centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC, por sus siglas en inglés) los medicamentos con receta, los servicios oftalmológicos, odontológicos y auditivos no quirúrgicos, las vacunas, y el transporte entre otros.

### **Inscripciones:**

**P: Si aún no soy cliente de HBIA o HBIS, ¿puedo inscribirme ahora en uno de los programas?**

R: Por el momento no. Las nuevas inscripciones en los programas HBIA y HBIS se interrumpieron en 2023 para ajustar los costos a la cantidad presupuestada para pagar los programas. En la actualidad no existe un calendario establecido para la reapertura de la inscripción en ninguno de los dos programas, pero el HFS avisará al público con antelación en caso de que se reabra la inscripción en el futuro.

### **Servicios:**

**P: ¿Están cubiertos todos los servicios de Medicaid para las poblaciones HBIA/HBIS?**

R: Todos los servicios de Medicaid, excepto los enumerados en la siguiente pregunta, están cubiertos para las poblaciones HBIA/HBIS.

**P: ¿Qué servicios de Medicaid no están cubiertos?**

R: No están cubiertos los servicios de atención prolongada, incluidos los servicios en centros de enfermería y los servicios de exención domiciliaria y comunitaria (HCBS, por sus siglas en inglés). Los servicios de trasplante no están cubiertos, salvo los trasplantes de riñón, médula ósea y células madre, que sí lo están.

**P: ¿Se permiten los servicios de rehabilitación de corta duración en un centro de cuidados de larga duración?**

R: Sí, para los clientes afiliados a una organización de asistencia sanitaria gestionada, los **servicios de rehabilitación** posaguda médicamente necesarios están cubiertos en un centro de enfermería. Esto se suma a los servicios en los hospitales de rehabilitación y en los hospitales de cuidados agudos. Los servicios de rehabilitación en un centro están limitados a un máximo de 90 días por episodio y requieren una autorización previa de la MCO. Los servicios de rehabilitación posaguda para los clientes afiliados al

pago por servicio sólo están cubiertos en un hospital de cuidados agudos o de rehabilitación.

## **Recursos para los beneficiarios del régimen de pago por servicio (que no se inscriben en una MCO)**

### **P: ¿Quién queda excluido de la afiliación a una MCO?**

R: Los que tengan otro seguro (en cuyo caso HBIA/HBIS es secundario) y los que estén en reducción de gastos no se inscribirán en la asistencia gestionada; permanecerán en el programa de pago por servicio del HFS con reclamaciones pagadas por el HFS.

### **P: ¿Qué es *spenddown* (reducción de gastos)?**

R: El programa *spenddown* de [reducción de gastos](#) ayuda a algunas personas que tienen demasiados ingresos o demasiados activos (como cuentas bancarias y otros recursos) para poder optar a la cobertura completa en un mes determinado. El programa funciona en cierto modo como un deducible de seguro. Una vez que los clientes pagan o incurren en gastos de atención médica hasta o por encima de su importe de reducción de gastos, se activa la cobertura completa. Las facturas pueden presentarse y cobrarse durante varios meses seguidos. El importe de un *spenddown* (una reducción de gastos) mensual depende fundamentalmente de los ingresos del cliente y de sus activos por encima de los niveles de elegibilidad.

### **P: Si alguien no está inscrito en una MCO, ¿de qué ayuda dispone?**

R: La línea directa de Beneficios de Salud ofrece apoyo a cualquier persona que reciba beneficios médicos y no esté inscrita en una MCO. Los clientes pueden llamar al 1-800-226-0768 para que les ayuden a localizar un proveedor Elija la opción 2 para español.

## **Inscripción en organizaciones de asistencia gestionada (Managed Care Organizations, MCO)**

### **P: ¿Dónde puedo obtener información sobre las opciones disponibles de MCO y elegir un plan?**

R: Encontrará recursos en inglés y español en [enrollhfs.illinois.gov](http://enrollhfs.illinois.gov). Los clientes también pueden llamar a la línea de Servicios de Inscripción de Clientes al 1-877-912-8880 (TTY: 1-866-565-8576) para obtener información o elegir un plan de la MCO. Permanezca en línea para ponerse en contacto con un representante del servicio de atención al cliente. Los clientes o su representante autorizado necesitarán su número de identificación de

beneficiario (Recipient Identification Number, RIN) o su número de la Seguridad Social para poder hablar con un representante. También hay traductores disponibles para otros idiomas previa solicitud.

**P: ¿Qué es HealthChoice Illinois?**

**R:** HealthChoice Illinois es el programa estatal de asistencia sanitaria gestionada en el que se inscribirán los clientes de HBIA/HBIS, si así lo requieren.

**P: ¿Qué significa asistencia gestionada?**

**R:** La asistencia sanitaria gestionada ofrece una gama completa de servicios de salud al tiempo que ayuda a coordinar la atención médica mediante la coordinación de cuidados. Cuando alguien se inscribe en una organización de asistencia gestionada, se convierte en miembro de ese plan de salud.

**P: ¿Qué es la coordinación de cuidados y por qué es importante?**

**R:** La coordinación de cuidados a través de un Plan de Salud puede ayudar a:

- Encontrar un médico de cabecera (Primary Care Provider, PCP) si aún no tiene uno.
- Ayudar a controlar enfermedades como la diabetes, la hipertensión o el asma.
- Brindarle la información que necesita para mantenerse sano
- Ayudar a identificar sus objetivos de salud y crear un plan de asistencia para alcanzarlos.

**P: ¿Qué puede ayudarme a hacer un coordinador de cuidados?**

**R:** Se les asignará un coordinador de cuidados en función de sus necesidades de salud a algunas personas, pero cualquiera puede solicitarlo. Los coordinadores de cuidados ayudan a los afiliados a alcanzar sus objetivos. Un coordinador asistencial puede:

- Responder a preguntas sobre su asistencia
- Ayudar a encontrar un médico o especialista
- Asistir en la transición fuera de un hospital o centro de atención
- Contribuir a ponerlo en contacto con recursos comunitarios

**P: ¿Qué otras cosas es importante saber sobre la asistencia sanitaria gestionada?**

**R:** En la asistencia sanitaria gestionada, existe una red (grupo) de proveedores que colaboran para proporcionarle la atención médica que necesita. Una vez que una persona se afilia a un plan de salud, debe visitar a médicos y otros proveedores que

pertenezcan a la red del plan de salud, a menos que exista un acuerdo especial con un proveedor fuera de la red.

**P: Qué organizaciones MCO participan en el programa Healthchoice Illinois?**

R: Participan cinco (5) MCO, que se enumeran a continuación. Consulte sus sitios web para obtener más información, incluidas las listas de proveedores y farmacias, el manual del afiliado y la lista de medicamentos recetados:

- Aetna Better Health of Illinois/Aetna Better Health de Illinois  
[www.aetnabetterhealth.com/illinois-medicaid](http://www.aetnabetterhealth.com/illinois-medicaid) / 1-866-329-4701
- Blue Cross Community Health Plan/Plan comunitario de salud de Blue Cross  
[www.bcbsil.com/bcchp/](http://www.bcbsil.com/bcchp/) | 1-877-860-2837
- CountyCare Health Plan/Plan de Salud CountyCare (sólo en el condado de Cook)  
[www.countycare.com](http://www.countycare.com) | 1-855-444-1661
- Meridian Health Plan/Plan de Salud Meridian (sólo antiguos afiliados de Youth in Care)  
[corp.mhplan.com/en/member/illinois](http://corp.mhplan.com/en/member/illinois) | 1-866-606-3700
- Molina Healthcare/Atención Médica Molina  
[www.molinahealthcare.com](http://www.molinahealthcare.com) | 1-855-687-7861

**P: ¿Qué debe tener en cuenta un cliente al elegir un plan de MCO?**

R: Lo más importante a tener en cuenta es la red de proveedores, incluidas las farmacias. Compruebe con los proveedores actuales a qué organizaciones MCO aceptan. Considere también si la MCO renuncia a los requisitos de gastos compartidos y qué beneficios adicionales ofrece.

**Gastos compartidos en forma de copagos y coaseguros:**

La participación en los gastos o "gastos compartidos", en forma de copagos y coaseguros para servicios específicos, entró en vigor el 1 de febrero de 2024. La mayoría de los servicios cubiertos se mantienen de manera continua y gratuita para los clientes de HBIA y HBIS.

**P: ¿Todos los afiliados a HBIA y HBIS tendrán que pagar gastos compartidos?**

R: El proveedor médico de su elección puede imponer gastos compartidos a los afiliados al régimen de pago por servicio y a la mayoría de las MCO. El Plan de Salud de CountyCare, una MCO que atiende a los clientes del condado de Cook, renunció a los gastos compartidos, por lo que no se cobrarán gastos compartidos a las personas inscritas en CountyCare.

**P: ¿Qué tipos de gastos compartidos se permiten?**

R: Por norma administrativa, **sólo se pueden** cobrar copagos y coaseguros por los siguientes servicios

1. Hospitalizaciones no urgentes: \$250 de copago por estadía

A los efectos, un hospital es un centro general de cuidados agudos, psiquiátrico o de rehabilitación. Si el hospital determina que el ingreso es una urgencia, no hay copago.

2. Servicios ambulatorios hospitalarios no urgentes o centros de tratamiento quirúrgico ambulatorio: El coaseguro será del 10 % de lo que el HFS pagaría al proveedor.

- Se trata de servicios como prótesis de cadera y rodilla, cirugías oculares, terapias ambulatorias, incluidas fisioterapia y terapia ocupacional, así como tratamientos como la quimioterapia.
- El importe cobrado por concepto de coaseguro variará en función del servicio y del proveedor. Los afiliados deben comprobar con el proveedor si
- tendrán un coaseguro para un servicio. Es posible que el proveedor no pueda dar un importe total en dólares hasta después del procedimiento, pero sí puede decir al cliente si habrá coaseguro.
- Algunos de estos servicios pueden estar disponibles sin gastos compartidos con un proveedor que facture como médico y no como hospital. En algunos casos, los clientes pueden elegir proveedores que no cobran coaseguro.

**P: Tenía entendido que también se iban a exigir copagos para los servicios de hospitalización de emergencias no urgentes, pero ese requisito se eliminó. ¿Es eso cierto?**

R: El HFS presentó una enmienda a la norma administrativa para eliminar un copago de \$100 previsto anteriormente para los servicios de emergencias hospitalarias no urgentes.

**P: ¿Cómo puedo saber si una afección es una urgencia médica?**

R: En última instancia, es el personal del hospital el que determina si una afección médica puede considerarse una urgencia, pero el HFS define una afección médica de urgencia como una afección con síntomas lo suficientemente graves y dolorosos como para que una persona razonable piense que ponen en peligro la vida y necesitan atención médica inmediata. Las personas que presenten síntomas graves que puedan poner en peligro su vida no deben dudar en buscar tratamiento inmediato y en esos casos no tendrán requisitos de gastos compartidos.

No se puede cobrar copago ni coaseguro por un **servicio de urgencia** necesario para evaluar o estabilizar un estado médico de urgencia.

**P: ¿Los hospitales tienen que solicitar el servicio médico de urgencias para los clientes de HBIA/HBIS atendidos en urgencias?**

R: No, los hospitales no deben presentar una solicitud del servicio médico de urgencias para las personas afiliadas a HBIA/HBIS.

**P: ¿Los servicios prestados en un centro de urgencias o de atención inmediata tienen coaseguro?**

R: Las clínicas de atención de urgencias y atención inmediata no deben cobrar coaseguro porque no forman parte de un hospital. Para asegurarse, consulte en la clínica antes de la cita si le cobrarán el coaseguro.

**P: ¿Qué servicios se prestarán de manera gratuita y sin gastos compartidos?**

R: Muchos servicios se mantienen gratuitos, incluidos los servicios o visitas a los:

- Consultorios de proveedores de atención primaria o centros de salud rurales/calificados por el gobierno federal (RHC/FQHC, por sus siglas en inglés respectivamente) [Centros de salud calificados por el gobierno federal \(FQHC\) - Illinois | Página 9 \(npidb.org\)](#).
- Departamentos de Salud Pública
- Proveedores comunitarios de salud mental
- Proveedores de servicios oftalmológicos, odontológicos y audiológicos no quirúrgicos
- Medicamentos recetados en farmacias
- Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)
- Vacunas, incluidas las recibidas en las farmacias,
- Transporte

Otros servicios pueden ser gratuitos si los recibe y factura un proveedor que no sea un hospital. Los clientes deben consultar con el proveedor para saber si habrá coaseguro. Los clientes pueden pedir a su MCO o al HFS que les ayuden a encontrar proveedores que no cobren coaseguro.

**P: ¿Cuáles son las MCO que cobran copagos o coaseguros y cuáles no?**

R: CountyCare, una MCO que atiende a los clientes del condado de Cook, renunció a todos los copagos y coaseguros. Esto significa que los hospitales o centros quirúrgicos no les cobrarán a los miembros de CountyCare ningún gasto de su bolsillo.

Las cuatro MCO restantes y el HFS (tarifa por servicio) no han renunciado a los copagos ni al coaseguro, lo que significa que los hospitales o centros quirúrgicos les pueden cobrar a esos afiliados los gastos compartidos en forma de copagos y coaseguros permitidos. Es responsabilidad del proveedor cobrar cualquier copago o coaseguro, no de la MCO.