



ILLINOIS



Manual para miembros

Bienvenido al **plan** que le
da más a su familia.



BIENVENIDO A HARMONY HEALTH PLAN

Queremos darle a usted y a su familia la cobertura de cuidado de la salud de calidad y el respeto que merecen. Harmony Health Plan ha sido diseñado para familias que están en un programa de Asistencia Médica de Illinois. Usted tendrá cobertura médica las 24 horas del día para una amplia gama de cuidados y servicios, sin costo alguno para usted, con consultorios médicos cerca de donde usted vive.

Este manual le informará más acerca de sus beneficios. Esperamos que pueda responder la mayoría de sus preguntas. Si necesita ayuda adicional, visite la página web www.harmonyhpi.com. Esta página le ofrece una manera fácil para aprender más sobre nosotros y sobre sus beneficios, y cómo administrar su cuidado con nuestro plan. También puede llamar a Servicios a Miembros al 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952). Contamos con personal atento y capacitado para responder todas sus preguntas. A medida que trabaje con todos nosotros en Harmony, verá que ponemos a usted y a su familia en primer lugar, para que reciban un mejor cuidado de la salud. Nuevamente, bienvenido a Harmony. ¡Le deseamos buena salud!

Cuando tenga una pregunta, cualquiera que sea, ¡simplemente tome el teléfono!

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Servicios a Miembros de Harmony.....1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952)

Línea de urgencia de servicio de transporte de Harmony.....1-888-684-2026

Programa Harmony Hugs.....1-866-776-9876

Paso 1—Complete un formulario de evaluación de riesgos de salud para cada miembro de su familia. Puede utilizar los formularios incluidos con sus tarjetas de ID o con este paquete de bienvenida. Envíelos de nuevo tan pronto como sea posible en el sobre provisto. Estos formularios nos ayudarán a asegurarnos de que usted reciba los servicios que necesita.

Paso 2—Haga una cita con su PCP dentro de los 90 días, y asegúrese de que usted y su familia estén al día con estos servicios:

- Inmunizaciones
- Examen de diagnóstico de cáncer cervical
- Maternidad y cuidado prenatal
- Cuidado de la diabetes
- Medicamentos para el asma
- Visitas rutinarias del niño

Paso 3—Lleve siempre su tarjeta de ID con usted. Contiene números de teléfono importantes, y ayudará a los médicos y hospitales a proporcionarle los servicios cubiertos.

Para solicitar un directorio de proveedores o un certificado de cobertura, visite nuestro sitio web en www.harmonyhpi.com o llame a Servicios a Miembros al 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952).



TABLA DE CONTENIDO

Su médico de cuidado primario	3
Palabras clave que usted debe saber.....	4
Cómo empezar	5
Servicios médicos.....	6
Otros proveedores de cuidado de la salud.....	9
Cuidado preventivo	12
Otra información.....	14
Sitio web	15
Fraude y abuso.....	16
Sus derechos y responsabilidades.....	17
Notificación de prácticas de privacidad.....	19



SU MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO

Haga una cita para ver a su médico de cuidado primario (PCP) tan pronto como reciba su(s) tarjeta(s) de ID de membresía de Harmony. Recuerde que su PCP debe hacer los arreglos para todos los servicios de cuidado de la salud de su familia.

Su médico de cuidado primario:

Nombre _____

Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Teléfono fuera del horario de atención _____

Médico de cuidado primario de su hijo:

Nombre _____

Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Teléfono fuera del horario de atención _____

Proveedor de cuidado de la salud de la mujer:

Nombre _____

Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Teléfono fuera del horario de atención _____

¡IMPORTANTE! ¡Cuando usted o sus hijos deban visitar al médico, lleve siempre con usted su tarjeta de ID de membresía de Harmony!



PALABRAS CLAVE QUE USTED DEBE SABER

Directiva anticipada

Un documento que informa a su médico y a su familia cómo desea usted ser cuidado. Adquiere vigencia cuando usted está tan enfermo que no puede tomar decisiones por sí mismo.

Apelación

Una solicitud que usted presenta cuando no está de acuerdo con nuestra decisión de negar, reducir y/o inactivar un servicio. Una persona que lo esté representando también puede solicitar una apelación.

Beneficios

Cuidado de la salud cubierto por Harmony.

Copago

Harmony no cobra ningún copago.

Cancelación de la inscripción

Pasos a seguir para retirarse de Harmony.

Equipo médico duradero

Artículos como sillas de ruedas y tanques de oxígeno.

Emergencia

Una condición médica muy grave. Debe ser tratada de inmediato.

EPSDT (exámenes, diagnósticos y tratamientos precoces y periódicos)/visitas rutinarias del niño

Exámenes de salud regulares para niños. Son utilizados para encontrar y tratar problemas médicos.

Protestas

Procedimiento por el cual usted nos informa que no está satisfecho con un proveedor, el plan, o un beneficio. Puede hacerlo por escrito o verbalmente. Una persona designada por usted puede presentar la protesta en su nombre.

Agencia de cuidado de la salud en el hogar

Una compañía que le brinda servicios de cuidado de la salud en su hogar.

Tarjeta de identificación

Una tarjeta que demuestra que usted es miembro de Harmony.

Inmunizaciones

Vacunas que mantienen a los niños protegidos contra enfermedades graves. Hay algunas vacunas que su hijo debe recibir antes de comenzar a asistir a la guardería o a la escuela en Illinois.

Paciente internado

Una persona que permanece en el hospital durante un período de tiempo.

Plan de cuidado administrado

Un plan como Harmony. El plan trabaja con proveedores de cuidado de la salud. El objetivo es mantener a usted y su familia sanos. Los proveedores incluyen clínicas, médicos, hospitales y farmacias, entre otros.

Servicios médicamente necesarios

Servicios médicos que son necesarios para que usted se mejore y se mantenga sano.

Miembro

Una persona que se ha inscrito en Harmony.

Paciente ambulatorio

Una persona que es tratada en un hospital, pero que no necesita pasar la noche allí.

Medicamento con receta

Un medicamento para el que su médico le escribe una receta.

Proveedor de cuidado primario (PCP)

Su médico personal. Él o ella administra todas sus necesidades de cuidado de la salud.

Autorización previa

Un procedimiento que se requiere cuando Harmony necesita aprobar tratamientos médicos o medicamentos anticipadamente.

Proveedor

Aquellos quienes trabajan con Harmony para brindar cuidado médico. El término incluye médicos, hospitales, farmacias, laboratorios u otro personal médico.

Referido

Un procedimiento por el cual su PCP o administrador de casos lo envía a consultar a otro proveedor de cuidado de la salud.

Médico Especialista

Un médico que ejerce su práctica en un campo específico de la medicina.

Tratamiento

El cuidado que usted recibe de los médicos y centros.

Proveedor de cuidado de la salud de la mujer (WHCP)

Un médico del plan que se especializa en obstetricia, ginecología o medicina familiar, seleccionado por un miembro de sexo femenino que lo consulta según sea necesario y sin requerir un referido.

Mujeres, bebés y niños (WIC)

Un programa que trabaja con mujeres, bebés y niños. Los ayuda con la nutrición.

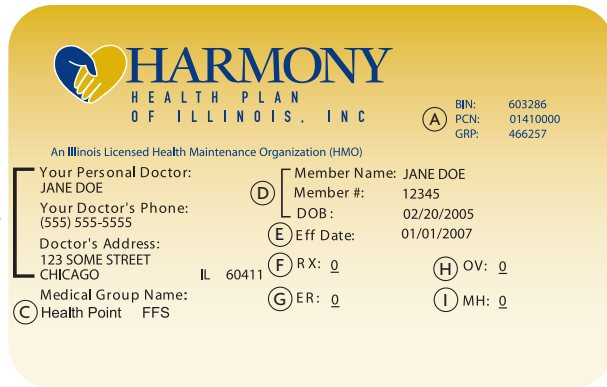
*

CÓMO EMPEZAR

Le resultará sencillo comenzar. Siga estos pasos. Estará en camino de obtener el cuidado que necesita.

1 Verifique su tarjeta de ID y guárdela en un lugar seguro

Usted ya debe haber recibido por correo su tarjeta de ID de miembro de Harmony. Llévela con usted en todo momento.



Información en su tarjeta de ID

- A. BIN—número de identificación de beneficiario
PCN—número de cuidado primario
GRP—número de grupo
- B. Información sobre su médico (nombre, dirección, teléfono)
- C. El nombre de su grupo médico
- D. Su información personal—su nombre, número de miembro y fecha de nacimiento
- E. La fecha en que su membresía en nuestro plan adquirió vigencia
- F. RX—copago por medicamentos
- G. ER—copago por sala de emergencias
- H. OV—copago por visitas a consultorios
- I. MH—copago por servicios de salud mental

Necesitará su tarjeta de ID cada vez que reciba servicios médicos. Esto quiere decir que usted necesitará su tarjeta cuando:

- Visite a su proveedor de cuidado primario (PCP)
- Vea a un especialista u otro proveedor
- Vaya a una sala de emergencias
- Vaya a un centro de cuidado urgente
- Vaya a un hospital por cualquier motivo

- Obtenga suministros médicos
- Obtenga una receta
- Se haga exámenes médicos

Llame a Servicios a Miembros de Harmony al 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952) tan pronto como sea posible si:

- Todavía no ha recibido su(s) tarjeta(s).
- Cualquier parte de la información de la(s) tarjeta(s) es incorrecta.
- Pierde su(s) tarjeta(s).

Alguien le prestará asistencia los días de semana de 8 am a 5 pm, hora central.

2 Cómo elegir su proveedor de cuidado primario (PCP)

Cada miembro del plan debe elegir un médico de cuidado primario (PCP). Ellos están listados en nuestro directorio de proveedores. Su PCP es su médico personal.

Nuestros PCP están capacitados en distintas áreas. Estas incluyen:

- Medicina familiar
- Medicina general
- Medicina interna
- Pediatría
- OB/GYN (obstetricia/ginecología)

Si usted es mujer y está embarazada, puede elegir un OB/GYN (obstetra/ginecólogo) como su PCP.

Su PCP hará los arreglos para el cuidado de su salud. Él o ella realizará sus controles y atenderá la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud. Si es necesario, su PCP lo referirá a otros médicos (especialistas) o lo internará en el hospital.

Usted puede comunicarse con su PCP llamando a su consultorio. El nombre y el número de teléfono de su PCP están impresos en su tarjeta de ID. Incluso puede llamar al consultorio de su médico fuera del horario de atención, y el médico de guardia le devolverá la llamada y le indicará qué hacer.

3 Cómo cambiar su PCP

Si desea cambiar su PCP, llame a Servicios a Miembros. Usted puede cambiar su PCP en cualquier momento. Simplemente, llame al 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952).

Para ver una lista de nuestros PCP:

- Visite nuestro sitio web en www.harmonyhpi.com, o
- Llame a Servicios a Miembros al 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952)

4 **Aprenda cómo utilizar sus beneficios**

Es muy fácil utilizar sus beneficios. Por favor lea la sección “Cómo recibir servicios médicos” de este manual. Allí se le informará acerca de los servicios cubiertos, y cómo obtener cuidado médico. También encontrará información sobre los beneficios adicionales que recibe como miembro.

5 **En caso de emergencia**

En caso de una EMERGENCIA MÉDICA, vaya al hospital o llame al 911. Por favor lea la sección “Cuidado de Emergencia” de este manual. Allí se indica cómo obtener cuidado. También le ofrece ejemplos de emergencias.

6 **Llame y haga su pedido mensual de artículos de cuidado personal Harmony +10**

Asegúrese de leer el folleto sobre el cuidado personal Harmony +10 incluido en este paquete. Le informa sobre los artículos que puede obtener con este beneficio. Cada mes, usted puede elegir artículos por valor de \$10. Estos artículos le serán enviados por correo. Para hacer su pedido, llame al 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952). También puede hacer pedidos por Internet. Ingrese a www.harmonyhpi.com, haga clic en “Member sign up” (Inscripción de miembros) y siga los pasos sencillos para registrarse. Usted puede utilizar el sitio web las 24 horas del día para...

- Ver sus pedidos anteriores
- Volver a solicitar artículos
- Verificar el estado de su pedido
- Y mucho más

7 **Su inscripción en Harmony es su elección**

Inscribirse en Harmony es su elección. Ya sea que se inscriba o no, usted no dejará de ser elegible para Medicaid. Llámenos y háganos cualquier pregunta que tenga. Llame al 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952).

8 **Los miembros de Harmony tienen determinados derechos y responsabilidades**

Como miembro del plan, usted tiene determinados derechos. También tiene ciertas responsabilidades. Este manual le indica cuáles son. Por favor asegúrese de leerlos.

9 **Si necesita asistencia, llame a Servicios a Miembros de Harmony**

Si tiene alguna pregunta, llámenos. Podemos hacer los arreglos para obtener traductores para todos los idiomas. Tenemos materiales disponibles en letra de mayor tamaño, cintas de audio y sistema Braille. También podemos hacer los arreglos para servicios a miembros con discapacidad visual o auditiva. Llame al 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-8158), los días de semana de 8 am a 5 pm. Usted puede:

- Solicitar tarjetas de ID
- Cambiar de médico
- Solicitar sus artículos de cuidado personal
- Obtener una lista de los médicos del plan
- Obtener respuesta a preguntas que tenga sobre sus beneficios

Ahora está listo para comenzar a utilizar todos los beneficios que recibe de Harmony. Esperamos poder brindarle nuestros servicios.



SERVICIOS MÉDICOS

Esta es una lista de algunos de los beneficios y servicios médicos cubiertos por Harmony Health Plan. Para un listado completo también puede consultar su certificado de cobertura. Si no lo tiene, puede encontrar una copia en nuestro sitio web en www.harmonyhpi.com. Además puede solicitar que se le envíe una copia. Simplemente llame a Servicios a Miembros al 1-800-608-8158.

CUBIERTOS

- Servicios de pacientes internados en un hospital
- Servicios de cuidado de la salud en el hogar
- Terapia física
- Terapia del habla y del lenguaje
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Servicio de transporte
- Servicios de emergencia
- Servicios de trasplante (no experimentales)
- Servicios de planificación familiar (también por parte de proveedores no afiliados cubiertos por el programa de Asistencia Médica de Illinois)
- Dispositivos anticonceptivos
- Equipos y suministros médicos duraderos y no duraderos
- Sangre entera y productos derivados de la sangre

- Servicios de médicos
- Servicios de hospital para pacientes ambulatorios
- Servicios de salud mental y de abuso de sustancias
- Servicios preventivos
- Servicios para tratar el abuso de alcohol y sustancias
- Servicios de exámenes de diagnóstico periódicos y pruebas de diagnóstico precoces
- Servicios de cuidados por maternidad
- Servicios de cuidado de rutina del niño
- Educación sobre la salud
- Cuidado de enfermería especializada (primeros 90 días)
- Inmunizaciones
- Hospicio
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de podiatría
- Dispositivos protésicos y ortopédicos, incluidos los dispositivos protésicos y la cirugía reconstructiva incidentales a una mastectomía
- Servicios de parteras enfermeras
- Procedimientos médicos realizados por un dentista
- Oftalmólogo (especialista de los ojos)

NO CUBIERTOS

- Cirugía cosmética electiva
- Servicios de cuidado de custodia
- Abortos voluntarios

CUBIERTO POR LA TARJETA MÉDICA DE HFS

- Óptica/visión
- Servicios dentales
- Farmacia

BENEFICIOS ADICIONALES DE HARMONY

- Cobertura de copagos de farmacias de HFS*
- Ningún copago por visitas a médicos
- Cuidado dental para adultos (21 años en adelante)*
 - Una evaluación oral periódica cada 12 meses
 - Una profilaxis (limpieza) para adultos cada 12 meses
- Harmony Hugs—Harmony Hugs es nuestro programa especial para mujeres embarazadas. Usted trabajará con un administrador de casos que se asegurará de que se mantenga saludable y realice todos los exámenes necesarios. Estos exámenes son importantes para usted y su bebé.
- Harmony Healthy Kids Club

- Los artículos de cuidado personal Harmony +10 pueden pedirse por Internet en www.harmonyhpi.com
- Servicio adicional de transporte a las oficinas del programa WIC, farmacias, visitas ilimitadas para uso de equipo médico duradero (DME), incluyendo a los hermanos acompañantes, y las visitas a familiares hospitalizados.
- Acceso telefónico sin cargo a NurseLink para recibir asesoramiento médico de rutina las 24 horas.
- Del Hospital al Hogar — complete visitas de cuidado de seguimiento al cabo de siete días y dentro de los 30 días de una internación en hospital por salud del comportamiento. Después de cada visita, le enviaremos una tarjeta de obsequio de \$10.

* Con proveedores participantes.

¡Servicios, servicios y más servicios! Usted puede llamar a Servicios a Miembros en cualquier momento que tenga una pregunta. Simplemente, llame al 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952).

CÓMO CONSULTAR A UN ESPECIALISTA

En primer lugar, debe visitar o comunicarse con su PCP. Su PCP hará los arreglos para que usted vea a un especialista cuando lo necesite. Si usted visita a un especialista de manera regular, puede solicitar un referido permanente. El referido permanente le permite recurrir al especialista antes de tener que obtener otro referido de su PCP.

Si tiene alguna pregunta sobre un referido, comuníquese con su PCP. También puede llamar a Servicios a Miembros al 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952).

HOSPITALIZACIÓN

Su PCP o médico de cabecera se asegurará de que usted pueda ser admitido en un hospital cuando así resulte necesario. Él o ella se asegurará de que usted obtenga el cuidado que necesite.

NUEVO AFILIADO – TRANSICIÓN DEL CUIDADO

Si usted está recibiendo tratamiento de un médico que no pertenece a la red de Harmony, después de convertirse en miembro de Harmony puede solicitar seguir consultando a ese médico por un plazo de hasta 90 días bajo las siguientes condiciones:

- Usted debe continuar visitando al mismo médico de manera regular para recibir tratamiento debido a una condición médica o enfermedad.

- Usted está en el 7º, 8º ó 9º mes de embarazo. Usted puede solicitar seguir consultando a su médico hasta después del nacimiento del bebé y luego de que el cuidado de seguimiento haya finalizado.
- Su médico acepta las reglas y el pago del plan.

Usted debe presentar esta solicitud por escrito. Llame a Servicios a Miembros y ellos le ayudarán. Harmony le responderá por escrito dentro de los 15 días con la aprobación o los motivos específicos si es denegada.

CITAS

Es muy importante que asista a todas las citas, como visitas al médico, pruebas de laboratorio o radiografías. Si usted no asiste o llega tarde, su médico probablemente no podrá dedicarle todo el tiempo que usted necesita y merece. Por favor llame a su PCP al menos un día antes si no puede asistir a una cita programada. Si tiene dificultad para programar una cita, llame a Servicios a Miembros. Llame al 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952).

RECETAS

Sus recetas serán cubiertas por el programa de Asistencia Médica de Illinois. Usted debe utilizar su tarjeta médica de HFS para que sus recetas sean dispensadas en una farmacia. Harmony cubrirá cualquier copago si usted muestra su tarjeta de ID en una farmacia participante. Por favor consulte el sitio web de Harmony, www.harmonyhpi.com, para más detalles. También puede comunicarse con Servicios a Miembros para ver si su farmacia es participante. El número es 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952). Cuando dispense su receta por pedido por correo u otros métodos, deberá utilizar el programa de Asistencia Médica de Illinois.

ARTÍCULOS DE CUIDADO PERSONAL HARMONY +10

Usted puede recibir artículos de cuidado personal en su domicilio. (Los productos serán genéricos. La lista de artículos disponibles está sujeta a cambios). Todos los meses, simplemente revise la lista incluida en el folleto que se envió con este paquete e identifique los artículos que desea. Usted puede seleccionar hasta un máximo de \$10 en productos para su grupo familiar. Solicite su pedido llamando sin cargo los días de semana al 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952).

Su pedido le será enviado directamente dentro de los 10 días hábiles. La porción no utilizada de su asignación no se transfiere a su próximo pedido. También puede hacer pedidos por Internet. Para más detalles, simplemente visite www.harmonyhpi.com.

NURSELINK (LÍNEA DE URGENCIA ATENDIDA POR ENFERMERAS LAS 24 HORAS)

NurseLink es nuestra línea de asesoramiento atendida por enfermeras. Se la ofrecemos sin cargo. Usted puede llamar a la línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Se encuentra disponible todos los días del año. Llame al 1-800-608-8158. Llame en cualquier momento que alguien de su familia esté enfermo o lastimado, o necesite asesoramiento médico. Usted obtendrá asesoramiento amable y útil. La enfermera le hará algunas preguntas acerca de su problema. Dígale a la enfermera dónde le duele, qué aspecto tiene y qué se siente. La enfermera puede ayudarle a decidir si usted necesita:

- Ir al hospital
- Ir al médico
- Cuidarse usted mismo en su hogar

Puede obtener ayuda con problemas como:

- Dolor de espalda
- Quemaduras
- Resfríos/gripe
- Tos
- Un bebé que llora
- Cortes
- Mareos
- Sentirse enfermo

Una enfermera está allí para ayudar. **Si piensa que es una emergencia, vaya al hospital o llame primero al 911.**

ADMINISTRACIÓN DE CASOS

Harmony tiene programas de administración de casos. Estos programas ayudan a los miembros que sufren enfermedades crónicas. Estas incluyen asma, diabetes, VIH/SIDA y otras. Nuestros administradores de casos trabajan con usted. Ayudan a coordinar sus necesidades de cuidado de la salud. Usted puede ser contactado si:

- Solicita administración de casos.
- Cumple las condiciones para uno de nuestros programas de administración de casos.
- Su PCP solicitó que lo asignáramos a un programa de administración de casos.

Usted puede aprender más sobre estos programas llamando a su PCP. También puede llamar a Servicios a Miembros. Llame al 1-800-608-5158 (TTY 1-877-650-0952), los días de semana de 8 am a 5 pm, hora central.



OTROS PROVEEDORES DE CUIDADO DE LA SALUD

USTED TIENE DERECHOS

La legislación de Illinois le permite seleccionar un proveedor de cuidado de la salud de la mujer (WHCP) además de un PCP. Un WHCP se especializa en obstetricia o ginecología, o en medicina familiar. Se puede consultar a un WHCP para recibir cuidado sin necesidad de un referido de su PCP. Usted puede seleccionar a un WHCP en cualquier momento. Sin embargo, no tiene la obligación de hacerlo. Puede continuar consultando a su PCP y él o ella podrá referirlo a un obstetra o ginecólogo cuando sea necesario.

Su WHCP debe formar parte de nuestra red. Para obtener una lista de médicos participantes en nuestra red, llame a Servicios a Miembros. El número es 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952). O visite nuestro sitio web en www.harmonyhpi.com.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Usted puede recibir servicios de planificación familiar cubiertos por parte de cualquier proveedor del programa de Asistencia Médica de Illinois. Estos servicios incluyen:

- Información
- Examen físico y asesoramiento durante una visita
- Examen físico anual con fines de planificación familiar
- Prueba de embarazo
- Esterilización voluntaria
- Pruebas de laboratorio y de diagnóstico relacionadas
- Instrucción y servicios de asesoramiento médico sobre cuestiones de planificación familiar, como el uso de dispositivos y medicamentos anticonceptivos
- Medicamentos anticonceptivos
- Dispositivos anticonceptivos
- Servicios del médico para la inserción y remoción de un dispositivo intrauterino (DIU)

Los miembros pueden recibir servicios de planificación familiar fuera de la red, sin un referido. Los servicios de planificación familiar recibidos fuera de la red son cubiertos por HFS.

CUIDADO DE LA SALUD DEL COMPORTAMIENTO

Si necesita ayuda con servicios de salud mental o por abuso de sustancias, llame a 1-888-684-2026. Para llamar a este número, no necesita un referido. Le ofrecerán una selección de médicos y le ayudarán a encontrar uno en su área.

Qué hacer si necesita ayuda

Si usted tiene cualquiera de las sensaciones indicadas a continuación, llame al 1-888-684-2026. Ellos le darán nombres de médicos que podrán ayudarle.

- Sensación de tristeza continua
- Sentimiento de desesperanza y/o impotencia
- Sentimientos de culpabilidad o desvalorización
- Problemas para dormir
- Falta de apetito
- Pérdida o aumento de peso
- Falta de interés en cosas que le agradan
- Problemas para prestar atención
- Sensación de estar alterado
- Usted tiene dolor de cabeza, estómago o espalda y su médico no ha descubierto la causa
- Problemas de drogas o alcohol

PROGRAMA DEL HOSPITAL AL HOGAR

Una vez que usted deja un hospital de salud de comportamiento, todavía queda más por hacer. El cuidado de seguimiento es una parte importante de su bienestar. Este cuidado le permite asegurarse de que su recuperación siga el camino correcto. Por esa razón, ofrecemos a los miembros visitas de cuidado de seguimiento.

Después de una internación en un hospital, asegúrese de hacer el seguimiento correspondiente con el médico. Hágalo dentro de los siete días de recibir el alta del hospital. El cuidado de seguimiento puede reducir la probabilidad de volver a ser hospitalizado por un problema emocional. Si no puede asistir a su cita dentro de la primera semana, asegúrese de programar otra visita tan pronto como pueda. Consulte a su proveedor de salud mental dentro de los 30 días de haber dejado el hospital. Por favor llámenos hoy al 1-888-684-2026 para programar su visita. Recuerde completar las visitas de cuidado de seguimiento al cabo de siete días y dentro de los 30 días de una internación en hospital por salud

del comportamiento. Después de cada visita, le enviaremos una tarjeta de obsequio de \$10. Estas tarjetas de obsequio son válidas para Walgreens.

HÁGASE CONTROLES DE LA SALUD REGULARMENTE

Es importante que reciba un control de su médico de manera regular, incluso si usted se siente saludable. Hay muchas razones para recibir controles de la salud de cuidado preventivo. ¡La información que aprenderá le ayudará a asumir el control de su salud!

Los controles de la salud le ayudarán a:

- Recibir las inmunizaciones (vacunas) que pueden ayudar a evitar que se enferme
- Comprobar si su hijo está creciendo y desarrollándose al ritmo adecuado
- Detectar signos de alerta temprana antes de que una enfermedad empeore
- Verificar las “estadísticas vitales” para que su médico pueda compararlas cuando usted se enferme
- Recibir asesoramiento para comer mejor, dejar de fumar, u otros consejos para una vida saludable

CONTROLES DE LA SALUD PARA LOS NIÑOS

El programa de Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Precoces y Periódicos (EPSDT) es un programa para niños y adolescentes menores de 21 años. El programa EPSDT controla si los niños presentan problemas médicos en una etapa temprana, y a medida que crecen. Estos controles de la salud le ayudan a asegurarse de que su hijo está creciendo sano. Si el médico encuentra un problema, este es tratado y observado. Estos beneficios están disponibles para su hijo con Harmony Health Plan.

Los niños deben recibir controles de la salud con regularidad, a las edades indicadas a continuación o con anterioridad:

- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- 3 años
- Todos los años desde los 4 hasta los 20 años

Las visitas de cuidado rutinario, o los controles de EPDST, incluyen:

- Historia clínica y examen físico
- Controles de crecimiento y desarrollo (aptitudes sociales, personales, del lenguaje y motoras)
- Exámenes de diagnóstico de la visión
- Exámenes de diagnóstico de la audición
- Exámenes de diagnóstico dental
- Nutrición
- Pruebas de laboratorio, incluida la prueba de nivel de plomo en la sangre
- Servicios de salud mental y abuso de sustancias
- Inmunizaciones (vacunas)
- Educación sobre la salud para los padres, que incluye información sobre prevención, seguridad y comportamientos de riesgo
- Referidos para diagnóstico y/o tratamiento cuando sea necesario

Es importante que los niños cumplan todas las visitas de EPSDT.

INMUNIZACIONES

Las inmunizaciones son vacunas que ayudan al cuerpo a combatir enfermedades. Los niños recibirán las inmunizaciones (vacunas) durante algunos de los controles rutinarios. Los niños deben tener todas las vacunas necesarias antes de poder empezar la escuela. Verifique con el médico de su hijo para estar seguro de que su hijo tenga todas las vacunas necesarias. El siguiente es el programa de inmunización recomendado para la infancia y los adolescentes.

INMUNIZACIONES RECOMENDADAS PARA BEBÉS 2010

EDAD	INMUNIZACIÓN RECOMENDADA
Al nacer	Hepatitis B (HepB)
2 meses	Vacunas contra difteria, tétanos y tos ferina (DTaP), hepatitis B (HepB), polio (IPV), vacuna neumocócica (PCV), vacuna contra la Haemophilus influenzae tipo b (Hib), Rotavirus (RV)
4 meses	DTaP, Hib., PCV, Polio, RV
6 meses	DTaP, HepB, Hib. IPV, PCV, RV, influenza (gripe)
12 meses	Sarampión, paperas, rubéola (MMR), Hib, 2 vacunas contra la hepatitis A (HepA), varicela (viruela loca), PCV, gripe
15 meses	DTaP, gripe
18 meses	Gripe
24 meses	Gripe

DESCRIPCIÓN DE LAS VACUNAS:

- **HepB:** protege contra la hepatitis
- **DTaP:** una vacuna combinada que protege contra la difteria, el tétanos y la pertusis (tos ferina)
- **PCV:** protege contra la enfermedad neumocócica
- **Hib:** protege contra la Haemophilus influenzae tipo b
- **Polio:** protege contra la polio; la vacuna también se conoce como IPV
- **RV:** protege contra las infecciones causadas por el rotavirus
- **MMR:** protege contra el sarampión, las paperas y la rubéola (sarampión alemán)
- **Varicela:** protege contra la varicela, también conocida como viruela loca
- **HepA:** protege contra la hepatitis A
- **Influenza:** protege contra la influenza (gripe)

INMUNIZACIONES RECOMENDADAS PARA NIÑOS Y JÓVENES 2010

EDAD	INMUNIZACIÓN RECOMENDADA
De 4 a 6 años	Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP), polio (IPV), sarampión, paperas, rubéola (MMR), varicela (viruela loca), influenza (gripe)
De 11 a 12 años	DTaP, 3 vacunas contra el virus del papiloma humano (HPV), meningitis (MCV4), gripe
De 13 a 18 años	DTaP, gripe

DESCRIPCIÓN DE LAS VACUNAS:

- **DTaP/Tdap:** una vacuna combinada que protege contra la difteria, el tétanos y la pertusis (tos ferina)
- **Polio:** protege contra la polio; la vacuna también se conoce como IPV
- **MMR:** protege contra el sarampión, las paperas y la rubéola (sarampión alemán)
- **Varicela:** protege contra la varicela, también conocida como viruela loca
- **HPV:** protege contra el cáncer cervical
- **MCV4:** vacuna antimeningocócica conjugada
- **Influenza:** protege contra la influenza (gripe)

Tal vez parezcan muchas vacunas, pero son necesarias para prevenir enfermedades. Las visitas también ayudan al médico a asegurarse de que su hijo esté creciendo y aprendiendo como corresponde a su edad. Si no está seguro si su hijo necesita una vacuna, por favor hable con el médico de su hijo de inmediato. Su médico también puede decirle qué hacer si a su hijo le falta una vacuna.



GUÍA DE CUIDADO PREVENTIVO PARA ADULTOS

La siguiente tabla le permite saber qué tipo de cuidado o examen de diagnóstico puede necesitar para alguien de su edad y género. Por ejemplo, si usted es una mujer de 25 años, por favor consulte la fila del cuidado preventivo que puede necesitar. Su PCP también sabrá qué servicios preventivos necesita.

SI USTED ES	NECESITA
Hombre de 21 a 34 años	Examen físico anual, refuerzo de tétanos y difteria
Mujer de 21 a 34 años	Examen físico anual, examen de Papanicolaou, examen de diagnóstico de clamidia (de 18 a 25 años de edad), vacuna contra el HPV (si tiene menos de 26 años), refuerzo de tétanos y difteria
Hombre de 35 a 49 años	Examen físico anual, prueba de colesterol, refuerzo de tétanos y difteria
Mujer de 35 a 49 años	Examen físico anual, examen de Papanicolaou, prueba de colesterol (si tiene más de 44 años), mamografía, refuerzo de tétanos y difteria
Hombre de 50 a 64 años	Examen físico anual, prueba de colesterol, refuerzo de tétanos y difteria, colonoscopia, vacuna contra la gripe
Mujer de 50 a 64 años	Examen físico anual, examen de Papanicolaou, prueba de colesterol, mamografía, refuerzo de tétanos y difteria, colonoscopia, vacuna contra la gripe

CUIDADO ANTES DE QUEDAR EMBARAZADA

Ser madre o padre es un trabajo de tiempo completo. Antes de quedar embarazada, piense en los aspectos emocionales y el estilo de vida que enfrentará como madre. Es importante que usted y su pareja hablen los temas importantes. Ambos deben llegar a un acuerdo sobre ellos y comenzar a hablar sobre sus diferencias. Estas conversaciones deben mantenerse antes de que quede embarazada. Sólo ustedes pueden decidir si están preparados para tener un bebé.

Además, la salud física de la mamá y del papá antes del embarazo puede afectar la salud del futuro bebé. Hay ciertas cosas que puede hacer para ayudar a su bebé aun antes de estar embarazada.

Qué puede hacer usted:

- Tome una multivitamina con **ácido fólico** todos los días antes de quedar embarazada
- Hágase un control antes del embarazo, incluido un control dental
- Coma alimentos sanos, mantenga un peso saludable y haga ejercicio
- Deje de fumar y evite el humo de segunda mano
- Deje de beber alcohol
- No consuma drogas ilegales
- Evite las infecciones, ya que algunas pueden perjudicar al feto
- Evite las sustancias y los productos químicos peligrosos
- Hable con su proveedor de cuidado de la salud acerca de sus antecedentes familiares
- Evite el estrés

VISITAS PRENATALES

Cuando usted está embarazada, debe visitar a su médico. La cantidad de las visitas cambia durante el embarazo. Desde el primero hasta el sexto mes: debe hacer una visita al mes. Desde el séptimo hasta el octavo mes: dos visitas al mes. En el 9º mes: debe hacer una visita por semana. **Recuerde que el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales puede causar bajo peso del bebé al nacer y provocar defectos congénitos.**

PROGRAMA PRENATAL

PROGRAMA HARMONY HUGS

Harmony Hugs es nuestro programa especial para mujeres embarazadas. De esta manera, Harmony se asegura de que nuestras futuras madres reciban el cuidado que necesitan antes y después de tener a sus bebés. Queremos que nuestros miembros

reciban cuidado en una etapa temprana del embarazo. Esto nos permite hacer los arreglos para realizar las pruebas en busca de cualquier riesgo que la paciente pueda enfrentar. También asignaremos a una persona que trabajará con usted para manejar su embarazo. Nuestros miembros deciden si desean inscribirse en Harmony Hugs. Harmony le asignará un administrador de casos, y la llamará de acuerdo con su nivel de riesgo y sus necesidades. Cuando el administrador de casos la llame, él o ella le hará preguntas acerca de su embarazo y le proporcionará información educativa. Asimismo, Harmony le proporcionará materiales educativos durante su embarazo. Le recomendaremos que programe exámenes de salud para usted y el niño. Los recién nacidos necesitan una serie de controles regulares.

También puede ser elegible para nuestro Programa Prenatal de Recompensas y recibir un nuevo cochecito para bebé. Simplemente, asegúrese de visitar a su médico según lo recomendado durante el embarazo. Además, debe estar inscrita en Harmony cuando nazca su bebé y en el momento en que se le envíe el cochecito.

Para participar en el Programa Harmony Hugs y aprender más acerca de nuestro Programa Prenatal de Recompensas, por favor llame a Harmony Hugs al 1-866-776-9876 (TTY 1-877-650-0952) tan pronto como se entere de que está embarazada.

Tenga en cuenta: que durante su noveno mes de embarazo, debe mantenerse cerca de su médico y del hospital donde tendrá a su bebé. Si necesita salir de la ciudad, consulte con su médico para asegurarse de poder hacerlo de manera segura. Si su médico le indica permanecer en la ciudad y usted tiene a su bebé fuera de la ciudad, es posible que sus cuentas médicas no puedan ser cubiertas.

Antes de otro embarazo (cuidado intraconceptual)

Tal vez no esté pensando en tener otro bebé ahora, pero eso puede cambiar en el futuro. Por lo tanto, es importante que se mantenga saludable.

Qué puede hacer usted:

- Deje transcurrir cierto tiempo entre los embarazos. Para la mayoría de las mujeres, lo mejor es esperar al menos 18 meses antes de quedar embarazada de nuevo. Esto le da a su cuerpo el tiempo suficiente para prepararse para otro embarazo. Los bebés nacen más saludables cuando transcurre bastante tiempo entre los embarazos.
- Utilice un método anticonceptivo hasta que esté preparada para quedar embarazada nuevamente. Su proveedor le ayudará a elegir el mejor para usted.

- Tome una multivitamina todos los días antes de quedar embarazada. Asegúrese de que tenga ácido fólico.
- Hágase un control antes de quedar embarazada de nuevo.

HARMONY HEALTHY KIDS CLUB

El Harmony Healthy Kids Club está diseñado para los niños de 5 a 10 años de edad. Se les enseña a llevar una vida saludable. El club celebra fiestas de cumpleaños mensuales. Todo lo que los niños necesitan para ir a la fiesta es su registro de vacunación más reciente.

CUIDADO DE EMERGENCIA

En una emergencia, llame al 911. Llame a una ambulancia si no se dispone del servicio 911 en su área. O diríjase de inmediato a la sala de emergencias del hospital más cercano. Una condición médica de emergencia es algo muy grave, que podría poner en riesgo la vida. Significa que hay signos de dolor severo, una lesión o una enfermedad. Una persona común pensaría que se necesita cuidado de inmediato. Alguien estaría en peligro sin recibir cuidado. Él o ella podría sufrir lesiones o daño a partes del cuerpo a largo plazo. Esto podría incluir a un niño por nacer. Algunos ejemplos de situaciones que constituyen condiciones de emergencia son:

- Ataques cardíacos
- Sangrado grave
- Envenenamiento
- Accidentes cerebrovasculares
- Pérdida de la conciencia
- Dificultad considerable para respirar
- Huesos rotos

Llame a su PCP dentro de las 24 horas de recibir cuidado de emergencia. Recuerde que tiene que ser por algo que cualquier persona normal consideraría una emergencia. De lo contrario, es posible que no esté cubierto. Si usted es internado en un hospital que no pertenece al plan luego de visitar la sala de emergencias, posiblemente sea transferido a un hospital de la red de Harmony una vez que esto no represente ningún riesgo. **Los servicios de emergencia no requieren autorización previa.**

CUIDADO URGENTE

El cuidado urgente incluye problemas que necesitan cuidado inmediato, pero que no ponen en riesgo la vida. Como ejemplos, podemos mencionar heridas y raspones menores, resfriados, gripe, etc. Llame a su médico para el cuidado urgente o llame a Servicios a Miembros de Harmony al 1-800-608-8158.

CUIDADO FUERA DE LA CIUDAD

Usted tiene cobertura para cuidado de emergencia incluso cuando viaja. Usted puede ir a un hospital o a un médico fuera de la ciudad, pero debe tratarse de una verdadera emergencia.

CÓMO OBTENER CUIDADO MÉDICO FUERA DEL HORARIO DE ATENCIÓN

Si usted se enferma o sufre una lesión fuera del horario de atención del consultorio, y no es una emergencia, llame a su médico. El número está en su tarjeta de ID. El consultorio de su médico tendrá un médico de guardia que le devolverá la llamada y le indicará qué hacer.



OTRA INFORMACIÓN

ELEGIBILIDAD

Usted puede ser miembro de Harmony Health Plan siempre que esté en un programa de Asistencia Médica de Illinois. Sin embargo, usted puede optar por dejar el plan. Puede dejarlo llamando a Servicios a Miembros. Llame al 1-800-608-8158. Será comunicado con el Agente de Inscripción de Clientes para elegir otro tipo de cuidado de la salud. Esto usualmente se demora de 4 a 6 semanas. Asimismo, usted perderá su membresía si:

- Usted se muda fuera del área de servicio
- Harmony Health Plan deja de ofrecer cobertura a los participantes del programa de Asistencia Médica de Illinois
- Usted permite a otra persona utilizar su tarjeta de membresía
- Deja de recibir la cobertura del Programa de Asistencia Médica de Illinois

SITIO WEB

Visite nuestro sitio web en www.harmonyhpi.com. Algunas de las cosas que usted puede obtener o hacer en nuestro sitio web son:

- Búsqueda de proveedores por condado y por código postal
- Manual para miembros por Internet
- Directorio de Proveedores por Internet (para solicitar una copia impresa del directorio de proveedores, por favor comuníquese con Servicios a Miembros).
- Información sobre beneficios
- Comunicarse con nosotros con una pregunta o inquietud
- Encontrar números de teléfono importantes
- Leer las preguntas más frecuentes (FAQ) de los miembros
- Buscar un médico
- Buscar una farmacia con cobertura de copagos
- Informar casos de fraude y abuso
- Certificado de cobertura por Internet (Para solicitar una copia impresa del certificado de cobertura, por favor comuníquese con Servicios a Miembros).
- Artículos de cuidado personal Harmony +10

Por favor llame a Servicios a Miembros con cualquier pregunta que pueda tener. Llame al 1-800-608-8158, de lunes a viernes de 8 am a 5 pm, hora central. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-650-0952.

The screenshot displays the Harmony Health Plan website interface. At the top left is the Harmony Health Plan logo. To its right is a search bar with the text "Search Site:" and "Enter Search Words", followed by a "Go" button. Further right is a "Need Help?" section with contact information: "Call: 1-800-608-8158", "TTY/TDD(All Plans) Call: 1-877-650-0952", and "Monday - Friday, 8:00 a.m. - 5:00 p.m. CT". Below the search bar is a "Your Location:" section with a "Change" button and a "Text Size" control. The main content area features a large heading "Your Source for Medicaid Plans" with a background image of a doctor and a patient. Below this heading are three columns of links: "Medicaid", "For Members", and "For Providers", each with a list of related topics. To the right of the main content is a "Member / Provider Secure Sign-In" section with fields for "Username" and "Password", a "Login" button, and links for "Forgot Your Password?", "Not Registered?", "Member sign up", and "Provider sign up". At the bottom right is a "Help me find a ..." search bar with a dropdown menu showing "Doctor" and "Hospital".

REGISTROS MÉDICOS

Para que sus registros médicos sean enviados a un médico, es posible que deba firmar un formulario de descargo de responsabilidad. No hay ningún cargo por transferir sus registros médicos.

EVALUACIÓN DE NUEVA TECNOLOGÍA

Todos los años observamos nuestra tecnología. Los hallazgos son evaluados con los siguientes propósitos:

- Determinar cómo los nuevos adelantos pueden incluirse dentro de los beneficios recibidos por nuestros miembros
- Asegurarse de que los miembros tengan un acceso equitativo a un cuidado médico seguro y efectivo
- Asegurar la concientización sobre los cambios en la industria

La evaluación de nueva tecnología se lleva a cabo en las siguientes áreas:

- Procedimientos médicos
- Procedimientos de salud de comportamiento
- Productos farmacéuticos
- Dispositivos médicos

Puede aprender más llamando a Servicios a Miembros al 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952).

FRAUDE Y ABUSO

El fraude ocurre cuando su plan de cuidado de la salud es facturado por un servicio que cuesta más que el servicio recibido. El fraude también se produce cuando su plan de cuidado de la salud paga por un servicio que nadie nunca recibió. Si usted sabe que ha ocurrido fraude, díganos. Llame a nuestra línea de urgencia al 1-866-678-8355 las 24 horas del día.

Para aprender más, llame al 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952).

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

La ley establece que su médico u hospital tiene que preguntarle si ha redactado una "directiva anticipada". Es un documento que indica a su médico y al hospital qué tipo de cuidado desea recibir o no recibir en caso de que su enfermedad esté tan avanzada que no le permitirá recuperarse. Este cuidado puede incluir tubos de alimentación o reanimación cardíaca si el corazón deja de latir. Las directivas anticipadas pueden indicar sus deseos de donar órganos específicos o la totalidad de su cuerpo. A veces, este documento se denomina "testamento vital".

También puede designar a una persona para que tome esas decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Este documento recibe el nombre de "poder legal permanente" para decisiones de cuidado de la salud.

Usted debe proveer una copia de su directiva anticipada a su PCP. El hospital de su localidad puede entregarle una copia del formulario de directiva anticipada.

CUENTAS

Usted no paga ningún cargo por los servicios médicos cubiertos cuando su PCP lo refiere para recibir el cuidado. Posiblemente estos servicios no estén cubiertos si usted visita a un proveedor de cuidado de la salud sin un referido de su PCP. Ni Harmony ni el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois pagarán por estos cargos. La excepción es cuando usted necesita cuidado para una emergencia. (Esto se discute bajo el título "Cuidado de emergencia"). ¿Qué ocurre si usted recibe una cuenta por error? Llame a Servicios a Miembros. El número es 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952).

APELACIONES DE SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD

Es posible que usted no esté de acuerdo con una decisión o una medida tomada por el plan acerca de sus servicios. Por ejemplo, usted puede estar en desacuerdo si no cubrimos un tratamiento o servicio. En estos casos, usted puede apelar dentro de los 30 días a partir de que se recibe la notificación de la decisión. Su solicitud debe hacerse por escrito. Una excepción es cuando su situación exige una decisión urgente. Alguna persona que usted designe puede solicitar una apelación en su nombre. Esta persona podría ser su PCP o su tutor.

Situaciones no urgentes

Si su situación NO es urgente, presente una solicitud de apelación por escrito a:

**Member Services Department
Harmony Health Plan of Illinois, Inc.
P.O. Box 31368
Tampa, FL 33631-3368**

- Le haremos saber qué información necesitamos para trabajar en su apelación.
- Tomaremos una decisión dentro de los 15 días hábiles a partir del momento en que recibamos la información. Informaremos a usted y a su proveedor sobre la decisión tanto oralmente como por escrito.

Situaciones urgentes

Llame a Servicios a Miembros en una situación URGENTE. El número es 1-800-608-8158. El número TTY es 1-877-650-0952. Solicite una apelación urgente.

- Harmony le comunicará dentro de 24 horas si necesitamos más información.
- Harmony tomará una decisión dentro de las 24 horas a partir del momento en que recibamos toda la información necesaria. Notificaremos la decisión a usted y al proveedor tanto oralmente como por escrito.

Revisión externa independiente

Si su apelación es negada, usted puede solicitar una revisión. Esta revisión será realizada por personas ajenas a Harmony Health Plan. Usted tiene derecho a ayudar a seleccionar la organización que realice la revisión.

PROTESTAS

Usted tiene derecho a presentar una queja al plan sobre su médico u otra cosa relacionada con Harmony Health Plan. Su queja puede ser presentada por teléfono, personalmente o por escrito. También puede presentar una queja si considera que ha sido tratado inadecuadamente o que ha sufrido algún tipo de discriminación.

Para expresar su queja, por favor llame al departamento de Servicios a Miembros de Harmony al 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952), o escriba a la siguiente dirección:

**Member Services Department
Harmony Health Plan of Illinois, Inc.
P.O. Box 31384
Tampa, FL 33631-3384**

Si usted no está satisfecho con el resultado de su queja, luego puede presentar una protesta ante el Comité de Apelaciones. Si necesita ayuda para este fin, simplemente llame a Servicios a Miembros al 1-800-608-8158 (TTY: 1-877-650-0952).

- Las protestas deben presentarse al Comité por escrito.
- Las protestas deben presentarse en un plazo de un año a partir de la ocurrencia.
- Harmony lo notificará dentro de los 5 días de haber recibido su protesta.
- Se le concederá una audiencia formal ante el Comité de Protestas de Harmony. Usted puede presentarse a la audiencia con una persona de su elección, incluido un abogado.

- El Comité debe notificarle una decisión por escrito dentro de los 30 días después de haber recibido su protesta.
- Si usted no está satisfecho con la resolución, puede presentar una apelación al Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois y solicitar una audiencia imparcial en la dirección que se menciona a continuación. La resolución adoptada por el Departamento HFS de Illinois será definitiva.

**Illinois Department of Healthcare
and Family Services
Bureau of Contract Management
Prescott E. Bloom Building
201 S. Grand Avenue East
Springfield, IL 62763**



SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

SUS DERECHOS

Como miembro de Harmony Health Plan, usted tiene los siguientes derechos:

- Ser tratado con respeto y cortesía por su PCP, todos los miembros del personal de oficina y los miembros del personal de Harmony Health Plan.
- Elegir su propio médico dentro de la red de Harmony Health Plan.
- Ser informado acerca de su plan de tratamiento, antes de que este comience.
- Recibir un cuidado constante con prácticas de enfermería y médicas adecuadas.
- Rehusarse a recibir tratamiento en la medida en que así lo permita la ley, y ser informado sobre las consecuencias de tal medida.
- Estar libre de todo tipo de limitación o reclusión como modo de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Expresar inquietudes o quejas sobre el programa y recibir respuestas a la brevedad.
- Solicitar información relativa al plan de Incentivos de Médicos de Harmony.
- Solicitar una descripción de las relaciones financieras existentes entre Harmony y cualquier proveedor de cuidado de la salud. También puede solicitar información sobre el porcentaje del total de primas aplicado a gastos relacionados con el cuidado de la salud, así como el porcentaje del total de primas aplicado a otros gastos, incluidos los gastos administrativos.

Usted tiene derecho a solicitar la siguiente información de los proveedores de cuidado de la salud participantes de Harmony:

- Una copia de la cuenta total por servicios recibidos de su proveedor de cuidado de la salud.
- Antecedentes de estudios, experiencia, capacitación, especialidad y certificación de la junta médica.
- Los nombres de los centros con licencia de la red de Harmony donde un proveedor de cuidado de la salud está autorizado a brindar atención en ese momento, tratar enfermedades o realizar procedimientos sobre los que usted solicita información.
- Información sobre la participación del proveedor de cuidado de la salud en programas de educación continua.
- Cumplimiento de requisitos de licencias, certificaciones o registros.

SUS RESPONSABILIDADES

Como miembro de Harmony Health Plan, usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Tratar con cortesía y respeto a PCP y al personal de la oficina.
- Informar completamente a su médico sobre sus problemas médicos.
- Decidir si someterse o no a un tratamiento o procedimiento médico antes de que este comience.
- Ayudar a su PCP a obtener sus registros médicos.
- No obtener cuidado por parte de un especialista, a menos que sea referido por su PCP.
- No obtener cuidado en una sala de emergencias por condiciones que no pongan en riesgo la vida, sin antes comunicarse con su PCP.
- Asistir puntualmente a todas las citas programadas.
- Seguir las reglas y reglamentaciones de Harmony Health Plan.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE WELLCARE

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR REVÍSELA ATENTAMENTE.

Fecha de vigencia de esta Notificación de Privacidad: 15 de julio de 2010

La ley nos exige proteger la privacidad de la información de salud que puede revelar su identidad. También nos exige proveerle una copia de esta Notificación de Privacidad, que describe no sólo nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud sino también los derechos que usted tiene con respecto a su información de salud.

Esta Notificación de Privacidad se aplica a las siguientes entidades de WellCare:

WellCare of Florida, Inc.	WellCare Health Plans of New Jersey, Inc.
HealthEase of Florida, Inc.	Harmony Health Plan of Illinois, Inc.
WellCare of New York, Inc.	WellCare Prescription Insurance, Inc.
WellCare of Connecticut, Inc.	WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.
WellCare of Louisiana, Inc.	WellCare Health Insurance of Illinois, Inc.
WellCare of Georgia, Inc.	WellCare Health Insurance of New York, Inc.
WellCare of Ohio, Inc.	WellCare Specialty Pharmacy, Inc.
WellCare of Texas, Inc.	

Ocasionalmente, podemos modificar nuestras prácticas de privacidad. Si realizamos alguna revisión sustancial a esta notificación, le proporcionaremos una copia de la nueva notificación, en la cual se especificará la fecha a partir de la cual entrará en vigencia. La nueva notificación se aplicará a toda su información de salud a partir de la fecha de la notificación en adelante.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

1. Tratamiento, pago y operaciones de negocios. *Podemos utilizar su información de salud o compartirla con otros para ayudar a tratar su condición, coordinar el pago de ese tratamiento y llevar a cabo nuestras operaciones de negocios. Por ejemplo:*

Tratamiento. Podemos divulgar su información de salud a un proveedor de cuidado de la salud que le esté brindando tratamiento. Podemos usar su información para notificar a un médico que lo trata sobre los medicamentos con receta que está tomando.

Pago. Utilizaremos su información de salud para recibir pagos de primas, pagos de farmacias de medicamentos específicos o para cumplir con nuestra responsabilidad de brindar cobertura y beneficios de acuerdo con un plan de salud, como para procesar la reclamación de reembolso de un médico por servicios provistos a usted.

Operaciones de cuidado de la salud. También podemos divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de cuidado de la salud. Estas incluyen la detección de fraudes y abusos de los programas de cumplimiento, el servicio al cliente y la resolución de protestas internas.

Alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos utilizar y divulgar su información de salud para comunicarle opciones o alternativas de tratamiento, así como beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

Su autorización. Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud, usted puede proporcionarnos su autorización por escrito para utilizar su información de salud o divulgarla a cualquier persona por cualquier motivo. También la puede revocar por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitidos por su autorización mientras esta haya estado en vigor. A menos que usted nos proporcione una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información de salud por ningún motivo, excepto los que se describen en esta notificación.

Miembros de su familia cercana, familiares o amigos cercanos que participan en su cuidado. A menos que usted se oponga, podemos divulgar su información de salud a los miembros de su familia cercana, familiares o amigos personales cercanos identificados por usted que participen en su tratamiento o sean responsables de pagarlo. Si usted no está presente para prestar su acuerdo u oponerse, podemos ejercer nuestro juicio profesional para determinar si la divulgación tiene como fin beneficiarlo. Si decidimos divulgar su información de salud a un miembro de su familia, familiar u otra persona identificada por usted, sólo divulgaremos la información de salud que sea relevante para su tratamiento o pago.

Socios de negocios. Podemos divulgar su información de salud a un “socio de negocios“ que necesite la información a fin de desempeñar una función o servicio para nuestras operaciones de negocios. Los administradores, auditores, abogados y consultores de terceros son algunos ejemplos de socios de negocios.

2. Necesidad pública. *Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros a fin de cumplir con las normas establecidas por la ley o para cumplir con necesidades públicas importantes, las cuales se describen a continuación:*

- si la ley nos obliga a hacerlo;
- a funcionarios de salud pública autorizados (o a una agencia de un gobierno extranjero que colabore con tales funcionarios) a fin de que puedan desempeñar sus actividades relativas a la salud pública;
- a agencias gubernamentales autorizadas para realizar auditorías, investigaciones e inspecciones, así como investigaciones, procedimientos o acciones civiles, administrativas o criminales, incluidas las agencias que supervisan programas tales como Medicare y Medicaid;
- a una autoridad de salud pública, si razonablemente consideramos que usted es una posible víctima de abuso, abandono o violencia doméstica;
- a una persona o compañía regulada por la Administración de Medicamentos y Alimentos para: (i) informar defectos o problemas de productos o hacer un seguimiento de estos; (ii) reparar, reemplazar o retirar del mercado productos defectuosos o peligrosos; o (iii) supervisar el desempeño de un producto después de haber sido aprobado para su uso por el público en general;
- si así lo ordena un tribunal o un tribunal administrativo, o de conformidad con una citación, petición de presentación de pruebas u otra solicitud lícita por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se ha hecho todo lo posible para notificarlo a usted acerca de la petición o para obtener una orden judicial para proteger la información de otras divulgaciones;
- a funcionarios de ejecución de la ley para cumplir con órdenes judiciales o leyes, y para ayudar a dichos funcionarios a identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida;
- para prevenir una amenaza grave o inminente a su salud o a su seguridad, o a las de otras personas o del público en general, en cuyo caso sólo compartiremos la información con una persona capaz de prevenir la amenaza;
- con fines de investigación;
- en la medida que resulte necesario para cumplir con las leyes relativas al programa de Compensación de Trabajadores y otros programas establecidos por ley que proveen beneficios por lesiones o enfermedades laborales, sin considerar el fraude;
- a las autoridades competentes de rango militar para las actividades que consideren necesarias para llevar a cabo su misión militar;
- a funcionarios de prisiones o funcionarios de ejecución de la ley si es necesario para proveerle a usted cuidado de la salud, o para mantener la seguridad y el orden en el lugar donde usted esté confinado;
- en el desafortunado caso de su fallecimiento, a un médico forense o examinador médico, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte;

- a directores de funerarias, en la medida que resulte necesario para cumplir sus obligaciones; y
- en el desafortunado caso de su fallecimiento, a organizaciones que obtengan o almacenen órganos, ojos u otros tejidos a fin de que puedan investigar si la donación o el trasplante es posible según las leyes vigentes.

3. Información parcialmente encubierta. Podemos utilizar y divulgar información de salud “parcialmente encubierta” sobre usted con fines de salud pública y de investigación, o para operaciones de negocios, si la persona que recibe la información firma un acuerdo para proteger la privacidad de tal información, en la medida en que lo requieren las leyes federales y estatales. La información de salud parcialmente encubierta no contendrá ninguna información que permita identificarle directamente (por ejemplo, su nombre, dirección, número de seguro social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de sitio web o número de licencia de conducir).

SUS DERECHOS A ACCEDER Y A CONTROLAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Queremos informarle que usted tiene los siguientes derechos de acceder y controlar su información de salud.

1. Derecho a acceder a su información de salud. Usted tiene derecho a inspeccionar y a obtener una copia de su información de salud, a excepción de la información: (i) incluida en notas de psicoterapia; (ii) información recopilada previendo una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo, o para ser utilizada en ellos; y (iii) con algunas excepciones, información sujeta a las Enmiendas para el Mejoramiento de Laboratorios Clínicos de 1988 (“CLIA”). Si usamos o mantenemos un registro de salud electrónico (“EHR”) para usted, usted tiene derecho a obtener una copia de dicho registro en formato electrónico y también tiene derecho a indicarnos que le enviemos una copia de su EHR a un tercero designado claramente por usted.

Si desea acceder a su información de salud, por favor envíe una solicitud por escrito a la dirección indicada en la última página de esta Notificación de Privacidad. Normalmente responderemos a su solicitud dentro de un período de 30 días si la información se encuentra en nuestras instalaciones, y dentro de 60 días si se encuentra en otro sitio. Si necesitamos más tiempo para responder, se lo haremos saber tan pronto como sea posible. Podemos cobrarle un cargo razonable para cubrir los costos de las copias y el franqueo. Si usted solicita una copia de su EHR, no le cobraremos más que los costos de nuestra mano de obra para facilitársela.

Es posible que no le permitamos acceder a su información de salud si esta: (1) con probabilidad razonable podría poner en riesgo su vida o su seguridad física o las de un tercero; (2) se refiere a otra persona y el acceso por parte de usted probablemente causaría daños a dicha persona; o (3) un profesional del cuidado de la salud determina que el acceso por parte de usted, como representante de otra persona, probablemente causaría daños a dicha persona o a un tercero. Si su pedido de acceso es rechazado por alguno de estos motivos, usted tiene derecho a una revisión por parte de un profesional del cuidado de la salud designado por nosotros, el cual no habrá intervenido en la decisión de denegar el acceso. Si el acceso es finalmente denegado, usted tiene derecho a recibir una explicación por escrito en la que se detallarán los motivos del rechazo.

2. Derecho a enmendar su información de salud. Si usted considera que tenemos información sobre su persona que es incorrecta o incompleta, puede solicitar por escrito una enmienda a su información de salud. Si no tenemos su información de salud, le daremos la información de contacto de quien la tenga. Usted recibirá una respuesta dentro de los 60 días después de que se haya recibido su solicitud. En caso de que nosotros no hayamos generado su información de salud o si esta ya es exacta y completa, podemos rechazar su solicitud y notificarle nuestra decisión por escrito. También puede presentar una declaración para manifestar que está en desacuerdo con nuestra decisión, la cual podemos refutar. Usted tiene derecho a pedir que su solicitud original, nuestro rechazo, su declaración de desacuerdo y nuestra refutación se incluyan en cualquier divulgación futura de su información de salud.

3. Derecho a recibir un informe de divulgaciones. Usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información de salud realizadas por nosotros y nuestros socios de negocios. Usted puede solicitar dicha información para el período de seis años anterior a la fecha de su solicitud. El informe no incluirá las divulgaciones: (i) con fines de pago, tratamiento u operaciones de cuidado de la salud; (ii) efectuadas a usted o a su representante personal; (iii) que usted haya autorizado por escrito; (iv) efectuadas a sus familiares y amigos involucrados en su cuidado o en el pago de su atención médica; (v) efectuadas con fines de investigación, salud pública o nuestras operaciones de negocios; (vi) efectuadas a funcionarios federales con motivos de seguridad

nacional y actividades de inteligencia; y (vii) que sean incidentales a una utilización o divulgación permitidas o exigidas por la ley.

Si desea recibir un informe de divulgaciones, por favor escriba a la dirección indicada en la última página de esta Notificación de Privacidad. Si no tenemos su información de salud, le daremos la información de contacto de quien la tenga. Usted recibirá una respuesta dentro de los 60 días después de que se haya recibido su solicitud. Usted recibirá una solicitud anual sin cargo, pero podemos cobrarle un cargo razonable, de acuerdo con los costos, por solicitudes adicionales dentro de un mismo período de doce meses.

4. Derecho a solicitar protección de privacidad adicional. Usted tiene derecho a solicitar que establezcamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. Si acordamos hacerlo, cumpliremos nuestro acuerdo excepto en una situación de emergencia. No estamos obligados a prestar nuestro acuerdo a la restricción, a menos que la información se refiera exclusivamente a un artículo o servicio de cuidado de la salud que usted ha pagado de su bolsillo y en su totalidad.

5. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos, siempre que usted exprese claramente que la divulgación de dicha información podría significar un riesgo para usted. Si desea recibir comunicaciones confidenciales por medios o en lugares alternativos, por favor envíe su solicitud por escrito a la dirección indicada y describa el modo o lugar alternativo en el que desea recibir las comunicaciones.

6. Derecho a ser notificado sobre incumplimiento relativo a información de salud sin cifrar. Nuestra política es cifrar nuestros archivos electrónicos que contienen su información de salud a fin de proteger la información de personas que no deben tener acceso a ella. Sin embargo, si por alguna razón experimentamos un incumplimiento de su información médica sin cifrar, tal incumplimiento le será notificado. Si tenemos más de diez personas con quienes no podamos comunicarnos debido a información de contacto desactualizada, publicaremos una notificación ya sea en nuestro sitio web (www.wellcare.com) o en un medio de comunicación importante en su área.

7. Derecho a obtener una copia impresa de esta notificación. Usted tiene derecho a recibir, en cualquier momento, una copia impresa de esta Notificación de Privacidad, aun si esta hubiera sido recibida por un medio electrónico. Por favor envíe una solicitud por escrito a la dirección indicada en la última página de esta Notificación de Privacidad o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com.

VARIOS

1. Información de contacto. Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación de Privacidad, puede comunicarse con el funcionario de privacidad al 1-866-530-9491, puede llamar al número sin cargo indicado al dorso de su tarjeta de membresía, visite www.wellcare.com, o escríbanos a la siguiente dirección:

WellCare Health Plans, Inc.
Attention: Privacy Officer
P.O. Box 31386
Tampa, FL 33631-3386

2. Quejas. Si le preocupa que sus derechos de privacidad puedan haber sido violados, usted puede presentarnos una queja utilizando la información de contacto indicada anteriormente. También puede presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Si usted opta por presentar una queja, no tomaremos ningún tipo de represalias.

3. Derechos adicionales. Es posible que se apliquen protecciones de privacidad especiales a cierta información vinculada con VIH/SIDA, salud mental, abuso de alcohol y drogas, enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva. Para más información, por favor vea la tabla adjunta titulada *Información relativa a leyes estatales sobre privacidad de mayor protección para WellCare Health Plans*. Si la ley del estado donde usted reside le otorga más derechos que los descritos en esta Notificación, cumpliremos con estas leyes.



Harmony Health Plan convierte el seguro de salud accesible en una realidad.

Si tiene alguna pregunta sobre la información contenida en este directorio, por favor llámenos.

Servicios a Miembros:
1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952)



SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN

Contamos con servicios de lenguaje para todos los idiomas. También puede llamar para solicitar sus materiales para miembros en un formato diferente. Esto incluye diferentes idiomas, letras de mayor tamaño y cintas de audio. Este servicio es sin cargo. Servicios a Miembros está disponible los días de semana de 8 am a 5 pm, hora central. Llame sin cargo al 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952).

También tenemos información del plan en nuestro sitio web. Visite www.harmonyhpi.com en cualquier momento del día o de la noche.

Podemos ofrecerle intérpretes para la mayoría de los idiomas, incluidos:

English

Choose your language. An interpreter will be called.

Polish • Ploski

Proszę wskazać na swój język ojczysty. Tłumacz zostanie poproszony do telefonu.

Vietnamese • Tiếng Việt

Chỉ rõ tiếng bạn nói. Se có một thông dịch viên nói chuyên với bạn ngay.

Haitian Creole • Kreyòl Ayisyen

Montre lang ou-a. Yap voye chèche yon entèprèt.

Arabic

Mandarin

Cantonese