

Presentado el 2/12/10



SU SOCIO PARA UNA MEJOR SALUD

CERTIFICADO DE ASISTENCIA MÉDICA DE HFS

HARMONY HEALTH PLAN OF ILLINOIS, INC.

These documents are available in English. Please call Member Services at the toll-free number 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952) to request a copy.

Cómo usar su certificado

Este certificado debe leerse en su totalidad. Muchas de sus disposiciones están interrelacionadas; por lo tanto, si lee apenas uno o dos temas, quizás no logre obtener una clara comprensión.

Muchos términos usados en este certificado tienen significados especiales. Esos términos estarán en mayúscula y se definen en la SECCIÓN I. La consulta de estas definiciones le permitirá obtener una comprensión más clara.

Este certificado puede estar sujeto a enmiendas, modificaciones o cancelación, por acuerdo mutuo entre Harmony Health Plan of Illinois, Inc. (“plan de salud”) y el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois (HFS), sin el consentimiento de ningún miembro. Los miembros serán notificados de dichos cambios tan pronto como sea posible una vez que se hayan implementado. Al elegir la cobertura de cuidado de la salud del plan de salud, los miembros prestan su acuerdo a todos los términos y condiciones de este certificado.

Descripción de cobertura – Portada

La Ley de Reforma del Cuidado Administrado y de Derechos de los Pacientes de 1999 estableció derechos para los afiliados de planes de cuidado de la salud. Estos derechos cubren los siguientes aspectos:

Qué visitas a la sala de emergencias serán pagadas por su plan de cuidado de la salud.

Cómo se puede acceder a especialistas (tanto dentro como fuera de la red).

Cómo presentar quejas y apelar decisiones del plan de cuidado de la salud (incluidas las revisiones externas independientes).

Cómo obtener información sobre su plan de cuidado de la salud, incluida la información general sobre los acuerdos financieros con los proveedores.

Le recomendamos que revise y se familiarizarse con estos temas y con la información sobre beneficios incluida en la hoja de trabajo de descripción de la cobertura que adjuntamos. Dado que la descripción de la cobertura no es un documento legal, para obtener información completa sobre beneficios consulte su contrato o certificado, o bien comuníquese con su plan de cuidado de la salud al número de llamadas sin cargo que se indica en la próxima página. En caso de cualquier inconsistencia entre su descripción de cobertura y el contrato o certificado, los términos y condiciones del contrato o certificado prevalecerán.

Para obtener información y asistencia general, por favor comuníquese con el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois al 1-800-226-0768. (Por favor tenga en cuenta que el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois no podrá suministrar información específica sobre el plan. Para obtener este tipo de información, comuníquese directamente con su plan de salud).

Hoja de trabajo de descripción de la cobertura

Área de servicio

Los condados de Cook, Madison, St. Clair, Perry, Randolph, Washington, Jackson, Williamson, Kane y otros condados aprobados por el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois.

Exclusiones y limitaciones

Servicios de farmacia, dentales, optometría, cirugía cosmética electiva, servicios de cuidado de custodia, servicios en un centro de enfermería a partir del día nonagésimo primero (91), servicios de infertilidad e interrupción de embarazo, excepto en la medida permitida por la ley estatal.

Servicios y suministros no autorizados por el proveedor de cuidado primario que no constituyan una emergencia. Servicios que no sean médicamente necesarios o que sean considerados experimentales, de investigación y/o educativos. Lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, o inmunizaciones necesarias para un empleo.

Certificación previa y revisión de utilización

Para cuidado que no sea de emergencia, el proveedor de cuidado primario (“PCP”) participa y concuerda con todas las internaciones en un hospital aprobando con anterioridad todas las internaciones electivas, cirugías como paciente ambulatorio y servicios especializados. Además de la aprobación previa de todas las internaciones electivas por parte del proveedor de cuidado primario, el director médico del plan o el representante del Departamento de Administración de Utilización (“UM”) designado debe autorizar todas las internaciones en hospitales. El proveedor de cuidado primario o el médico especialista referido deberán hacer los arreglos necesarios para internaciones, procedimientos de pacientes ambulatorios u otros servicios, en caso de ser médicamente necesarios tal como se define en el certificado de cobertura.

Cuidado de emergencia

En una emergencia, el miembro debe buscar cuidado médico de inmediato en el departamento de cuidado de emergencia del hospital más cercano y notificar al plan de salud dentro de las veinticuatro (24) horas luego de una internación de emergencia, o veinticuatro (24) horas después de que el miembro esté en condiciones de notificar al plan. Los servicios de emergencia médicamente necesarios están cubiertos, independientemente de que los servicios de emergencia sean o no prestados por un proveedor participante. Los servicios médicos posteriores a la estabilización, médicamente necesarios y provistos por un proveedor no participante están cubiertos si son aprobados con anterioridad por el plan de salud, o si el plan de salud no niega la aprobación de dichos servicios médicos al cabo de una hora de que los proveedores no participantes hayan intentado de buena fe obtener la aprobación de dichos servicios por parte del plan de salud.

Selección del proveedor de cuidado primario (“PCP”)

Los miembros deben elegir un proveedor de cuidado primario del directorio de proveedores disponible en el momento de la inscripción. El proveedor de cuidado primario del miembro es responsable de proveer y coordinar el cuidado, de aprobar los referidos a especialistas y de brindar otros servicios. Los miembros pueden cambiar de proveedor de cuidado primario llamando a Servicios a Miembros al 1-800-608-8158.

Cobertura fuera del área de servicio

La cobertura fuera del área de servicio sólo está disponible para el cuidado de emergencia. Una vez que la condición médica haya sido estabilizada, el miembro debe regresar al área de servicio tan pronto como sea médicamente apropiado para recibir cuidado continuo y/o de seguimiento. En caso de ser internado por una condición de emergencia, el miembro debe notificar al plan de salud en un plazo de veinticuatro (24) horas luego de una internación de emergencia, o veinticuatro (24) horas después de que el miembro esté en condiciones de notificar al plan.

Acceso a cuidado especializado

Un miembro puede consultar a un proveedor participante especialista para recibir servicios médicamente necesarios, si el miembro obtiene un referido de su proveedor de cuidado primario. El proveedor de cuidado primario debe aprobar los servicios o los referidos adicionales recomendados por especialistas que sean proveedores participantes. En algunos casos, el miembro puede solicitar un referido permanente a un especialista que sea proveedor participante.

Si el proveedor de cuidado primario del miembro determina que el referido a un especialista es apropiado para recibir servicios médicamente necesarios y no se dispone de un especialista calificado que sea un proveedor participante, el proveedor de cuidado primario puede aprobar un referido a un especialista que no sea un proveedor participante, siempre que sea un proveedor del Programa de Asistencia Médica de Illinois.

Además de un proveedor de cuidado primario, los miembros de sexo femenino pueden elegir como proveedor de cuidado de la salud de la mujer (“WHCP”) a un médico de familia o un obstetra o ginecólogo que también sean proveedores participantes. Una vez seleccionado este profesional, las pacientes pueden consultar a su proveedor de cuidado de la salud de la mujer para todos los servicios cubiertos sin necesidad de obtener un referido. Al solicitarse a cualquier proveedor de cuidado de la salud de la mujer, el plan seguirá los procedimientos y protocolos de utilización y control de calidad para evaluar si tal proveedor es un proveedor de cuidado primario.

Los miembros que necesiten servicios de la salud de comportamiento pueden acceder al proveedor de salud de comportamiento subcontratado sin necesidad de un referido. También, los miembros pueden buscar servicios de planificación familiar fuera de la red y estos servicios serán cubiertos por HFS.

Responsabilidad financiera

No hay copagos, deducibles o primas pagaderas por el miembro por servicios de cuidados cubiertos y elegibles.

Continuidad de cuidado

Sujeto a ciertas condiciones descritas en más detalle en el certificado, un miembro nuevo que solicite un tratamiento continuo – o si es mujer, que esté en su tercer trimestre de embarazo – puede pedir que se le permita seguir visitando a su médico especializado existente hasta noventa (90) días después de la fecha de vigencia de la cobertura en caso de un tratamiento continuo y, en caso de embarazo, que se incluya el cuidado de posparto relacionado directamente con el alumbramiento.

Sujeto a ciertas condiciones descritas en más detalle en el certificado, si el médico participante de un miembro existente se retira de la red del plan de salud y ese miembro está recibiendo un tratamiento continuo de parte de ese médico participante o si es mujer, está en su tercer trimestre de embarazo y está recibiendo cuidado del médico participante, el miembro puede pedir que se le permita seguir visitando a ese médico durante noventa (90) días a partir de la fecha en que el plan de salud notifique al miembro que el médico se retira de la red de dicho plan.

En cualquiera de los casos, el médico debe estar de acuerdo con las políticas y los procedimientos de mejoramiento de la calidad y de utilización del plan, así como con el pago. Si el miembro es nuevo en el plan de salud, debe presentar su solicitud por escrito y un miembro existente debe realizar su solicitud en un plazo de treinta (30) días luego haber sido notificado de este servicio. El plan responderá por escrito dentro de los quince (15) días de haber recibido la solicitud del miembro. La respuesta incluirá la aprobación o el motivo específico por el que se rechaza la solicitud.

Proceso de protesta y apelación

Todas las protestas y apelaciones deben presentarse primero al plan de salud para su resolución, pero posteriormente pueden apelarse ante el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois. Para cuestiones administrativas, los miembros pueden presentar sus quejas por escrito o comunicarse con Servicios a Miembros. El miembro recibirá una resolución a su protesta por correo, a menos que ésta se conduzca en forma verbal e informal. Si el miembro no está satisfecho con la resolución, puede presentar una protesta de segundo nivel al Comité de Apelaciones y Protestas. El miembro será notificado sobre la decisión del Comité. La información sobre este proceso se incluirá en todas las comunicaciones enviadas al miembro.

Para cuestiones clínicas, los miembros pueden apelar decisiones, las cuales serán evaluadas por un comité del plan de salud, que incluirá un colega clínico que no haya participado en la decisión original. En caso de continuar la apelación, un colega clínico independiente y externo, con la misma especialidad que el proveedor de cuidado original, evaluará la apelación. El miembro tiene derecho a participar en la selección del revisor independiente. En todas las apelaciones, el miembro y el proveedor serán notificados por escrito en un plazo que será determinado por la naturaleza de la apelación; *por ejemplo*, abreviado o no abreviado. La información en cada paso de este proceso se incluirá en todas las comunicaciones enviadas al miembro.

Los miembros pueden llamar al (800) 608-8158 para recibir más información relativa al proceso de apelación y solicitud de asistencia al presentar una protesta.

Todo miembro que no esté satisfecho con la resolución de una protesta o una apelación provista por el plan de cuidado de salud, puede apelar la decisión final del plan al Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois, cuya dirección es:

201 South Grand Avenue East
Springfield, Illinois 62763-0001
(217) 782-1200

También puede comunicarse con el Departamento por vía electrónica en <http://www.hfs.illinois.gov/>.

Para obtener un formulario de queja o recibir asistencia para completar el formulario, el miembro puede llamar sin cargo al Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois al (866) 468-7543; TTY: (800) 526-5812.

Nota: Las decisiones externas de las protestas son apelables a través del Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois.

IMPORTANTE: En caso de cualquier inconsistencia entre su descripción de cobertura y el contrato o certificado, los términos y condiciones del contrato o certificado prevalecerán.

Nombre del plan: **Harmony Health Plan of Illinois, Inc.**
 Dirección: **200 West Adams Street, Suite 800**
Chicago, Illinois 60606-5220
 Número de llamadas sin cargo: **(800) 608-8158**

Descripción de la cobertura

Aspectos básicos	Su médico	La elección del PCP debe realizarse en el momento de la inscripción. Una mujer puede escoger un WHCP al inscribirse o en cualquier momento de ahí en adelante. Estas opciones pueden ser modificadas llamando a Servicios a Miembros.		
	Deducible anual	Ninguna		
	Gastos de bolsillo	Ninguna		
	Beneficios máximos de por vida	Ninguna		
	Condiciones limitadas preexistentes	Ninguna		
		Descripción de la cobertura	El plan de cuidado de la salud cubre	Usted paga
En el hospital	Número de días de cuidado de paciente internado	Completa	100%	0%
	Habitación y comidas	Completa	100%	0%
	Honorarios de cirujanos	Completa	100%	0%
	Visitas al médico	Completa	100%	0%
	Medicamentos	Programa de selección de medicamentos (Lista) del estado de Illinois	100%	0%
	Otros cargos diversos	Servicios médicamente necesarios y elegibles, incluidos los servicios de laboratorio, radiología y suministros provistos por el hospital	100%	0%

Cuidado de emergencia	Servicios de emergencia	Condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido, pero no se limita a, el dolor agudo) ante el cual cualquier persona prudente con conocimientos generales de medicina y salud consideraría razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría causar (i) un grave riesgo para la salud de la persona (o, en caso de una mujer en embarazo, para la salud de la mujer y de su hijo por nacer); (ii) un grave deterioro de las funciones corporales; o (iii) la disfunción grave de algún órgano o de una parte del cuerpo.	100%	0%
	Servicios de postestabilización en emergencias	Servicios proporcionados a un afiliado por un proveedor calificado en un hospital con licencia. Dichos servicios deben ser médicamente necesarios y estar relacionados directamente con la condición médica de emergencia luego de la estabilización.	100%	0%
En el consultorio del médico	Visitas al consultorio del médico	Médico de cuidado primario y especialista	100%	0%
	Exámenes físicos de rutina	Servicios cubiertos	100%	0%
	Pruebas de diagnóstico y radiografías	Servicios cubiertos	100%	0%
	Inmunizaciones	Servicios cubiertos	100%	0%
	Tratamiento y exámenes de alergia	Servicios cubiertos	100%	0%
	Cuidado de bienestar	Servicios cubiertos	100%	0%
Servicios médicos	Cirugía para pacientes ambulatorios	Servicios cubiertos	100%	0%
	Cuidados por maternidad	Servicios cubiertos	100%	0%
	Cuidado en hospital Cuidado del médico	Servicios cubiertos	100%	0%
	Servicios por infertilidad	Servicios no cubiertos		
	Cuidado de la salud mental de pacientes ambulatorios	Servicios cubiertos	100%	0%

	Paciente internado	Servicios cubiertos	100%	0%
	Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Servicios cubiertos	100%	0%
	paciente internado	Servicios cubiertos	100%	0%
	Servicios de rehabilitación de pacientes ambulatorios	Servicios cubiertos	100%	0%
Otros servicios	Hospicio	Servicios cubiertos	100%	0%
	Cuidado de la salud en el hogar	Servicios cubiertos	100%	0%
	Medicamentos con receta	Cobertura de copagos del Programa de Asistencia Médica de Illinois	100%	0%
	Servicios dentales	Servicios seleccionados para adultos	100%	0%
	Cuidado de la visión	Servicios no cubiertos		
	Transporte médico	Servicios cubiertos	100%	0%
	Enfermería especializada	Hasta 90 días de servicios y suministros provistos por el centro	100%	0%
	Equipo médico no descartable	Cubierto; alquilados o comprados, según la decisión del plan	100%	0%
	Nurselink	Cubierto después de las horas de asistencia telefónica	100%	0%
	Healthy Kids Club	Cubierto para edades de 5 a 10 años	100%	0%
	HUGS	Cubierto el cuidado materno y un kit de lactancia	100%	0%
	Harmony +10	Cubiertos los artículos de cuidado personal seleccionados	100%	0%

HARMONY HEALTH PLAN OF ILLINOIS, INC.
200 West Adams Street, Suite 800
Chicago, Illinois 60606-5220

CERTIFICADO DE COBERTURA

Este certificado es emitido por Harmony Health Plan of Illinois, Inc., una sociedad de Illinois que opera como organización de mantenimiento de la salud (en adelante denominada “plan de salud”) a _____ (en adelante denominado “miembro”). Como contraprestación de la afiliación del miembro, el plan de salud proveerá al miembro y/o coordinará para este los servicios de cuidado de la salud cubiertos de conformidad con las disposiciones de este certificado.

EN FE DE LO CUAL, el plan de salud ha hecho firmar este certificado por su funcionario debidamente autorizado en la fecha indicada a continuación. La cobertura conforme a dicho certificado se iniciará en la fecha de vigencia también indicada a continuación.

FECHA DE VIGENCIA:

Harmony Health Plan of Illinois, Inc.

Por: _____
Presidente

Fecha: _____

TABLA DE CONTENIDO DEL CERTIFICADO DE COBERTURA

SECCIÓN I.	DEFINICIONES.....	1
SECCIÓN II.	ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	5
SECCIÓN III.	CANCELACIÓN DE LA COBERTURA DEL MIEMBRO.....	6
SECCIÓN IV.	SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS	8
SECCIÓN V.	CONTINUIDAD DEL CUIDADO.....	9
SECCIÓN VI.	REFERIDO PERMANENTE.....	11
SECCIÓN VII.	RELACIÓN DE LAS PARTES	13
SECCIÓN VIII.	INDEMNIZACIÓN LABORAL, SEGURO DE RESPONSABILIDAD POR AUTOMÓVILES, MEDICARE Y OTRA COBERTURA DE SALUD	14
SECCIÓN IX.	SUBROGACIÓN	15
SECCIÓN X.	PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN	16
SECCIÓN XI.	DISPOSICIONES GENERALES	19
SECCIÓN XII.	EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES.....	22
ADJUNTO A.	SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES	
ADJUNTO B.	PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE PROTESTA DE LOS MIEMBROS	
ADJUNTO C.	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS A MIEMBROS	

HARMONY HEALTH PLAN OF ILLINOIS, INC.

SECCIÓN I. DEFINICIONES

- A. “Medida” significa (i)rechazar o autorizar limitadamente un servicio solicitado; (ii) reducir, suspender o cancelar un servicio previamente autorizado; (iii) rechazar el pago de un servicio; (iv) no prestar servicios de manera oportuna; (v) no responder a una apelación de manera oportuna; y (vi) si el plan de salud es la única organización de cuidado administrado contratada por el Departamento que presta servicio en un área rural, rechazar la solicitud de un miembro de obtener servicios fuera del área de contratación aprobada.
- B. “Apelación” significa una solicitud de revisión de una decisión tomada por el plan de salud con respecto a una medida.
- C. “Crónica” significa una enfermedad o lesión que es, o se espera que sea, aunque no necesariamente de larga duración y/o que frecuentemente recurre y está siempre presente en mayor o menor medida. Las condiciones crónicas pueden tener episodios agudos.
- D. “Contrato” significa el acuerdo entre el plan de salud y el Departamento, conforme al cual esta cobertura se pone a disposición de las personas elegibles.
- E. “Servicios cubiertos”, tal como se los describe en más detalle en el Adjunto A, Servicios y beneficios cubiertos, limitaciones y exclusiones, son los beneficios, servicios y suministros que Harmony Health Plan of Illinois, Inc. (“el plan de salud”) ha acordado coordinar para los miembros según el contrato celebrado con el Departamento.
- F. “Departamento” significa el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois.
- G. “Dependiente” significa una persona que cumple los requisitos del Programa de Asistencia Médica, que es miembro de un caso de asistencia médica y es una persona elegible.
- H. “Fecha de vigencia” significa la fecha en la cual la cobertura de un miembro adquiere vigencia.
- I. “Persona elegible” significa cualquier persona cubierta por el contrato.
- J. Una “condición médica de emergencia” es aquella que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido, pero no se limita a, un dolor agudo), ante la cual cualquier persona prudente con conocimientos generales de medicina y salud consideraría razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría causar:
- (1) un grave riesgo para la salud de la persona (o, en el caso de una mujer en embarazo, para la salud de la mujer y de su hijo por nacer);
 - (2) un grave deterioro de las funciones corporales; o
 - (3) la disfunción grave de algún órgano o de una parte del cuerpo.

La determinación de los niveles de servicio se basará en los síntomas y las condiciones del miembro en el momento en que éste sea inicialmente examinado por el médico, y no en la determinación final de la condición médica real del miembro. Algunos ejemplos de emergencias son ataque cardíaco, dolor intenso en el pecho, accidente cardiovascular, sangrado grave, quemaduras importantes, pérdida de conciencia y lesiones de la espina dorsal.

- K. “Servicios de emergencia” son servicios cubiertos de salud para pacientes internados y pacientes ambulatorios, incluido el transporte, necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia, los cuales son brindados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia.

La necesidad de contar con servicios médicos relacionados con el embarazo, incluido el cuidado prenatal de rutina o el parto, recibida por un miembro que se traslade fuera del área de servicio durante el tercer trimestre de embarazo contra el consejo médico, no se considerará una emergencia, excepto cuando dicha persona se encuentre fuera del área de servicio por circunstancias ajenas a su control.

- L. “EPSDT” son los servicios de Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Precoces y Periódicos proporcionados a los niños conforme al Título XIX de la Ley de Seguro Social (Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1396 y subsiguientes).

- M. “Exclusión”, tal como se describe en más detalle en el Adjunto A, es un producto o servicio que no constituye un servicio cubierto conforme al contrato.

- N. “Tratamiento experimental o de investigación” se refiere a cualquier medicamento, dispositivo, terapia, tratamiento médico o procedimiento que involucre la aplicación, administración o uso de procedimientos, técnicas, equipos, suministros, productos, remedios, vacunas, productos biológicos, medicamentos, productos farmacéuticos o compuestos químicos, según lo determinado exclusivamente por el plan de salud:

El medicamento o el dispositivo no pueden ser comercializados lícitamente sin la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos, y la aprobación para su comercialización no ha sido otorgada en el momento en que el medicamento o el dispositivo se proveen; o

El medicamento, dispositivo, terapia, tratamiento médico o procedimiento, o el documento de consentimiento informado del paciente que se utiliza con dicho medicamento, dispositivo, terapia, tratamiento médico o procedimiento, fue revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional del centro de tratamiento o por otra junta que cumpla una función similar, o si la ley federal requiere dicha revisión y aprobación; o

La evidencia confiable (tal como se define más abajo) indica que el medicamento, dispositivo, terapia, tratamiento médico o procedimiento no resultó seguro y eficaz para el tratamiento de la condición en cuestión usando las metodologías o prácticas estadísticas científicas, médicas o de salud pública generalmente aceptadas; o

La evidencia confiable indica que el medicamento, dispositivo, terapia, tratamiento médico o procedimiento es objeto de ensayos clínicos de fase I o fase II actualmente en curso; que constituye la investigación, experimento, estudio o brazo de investigación de ensayos clínicos de fase III que en ese momento se encuentren en curso; o que está de otro modo bajo estudio para determinar la máxima dosis tolerada, toxicidad, seguridad, eficacia o su eficacia en comparación con un medio de tratamiento o diagnóstico estándar; o

La evidencia confiable muestra que la opinión prevaleciente entre expertos con respecto al medicamento, dispositivo, terapia, tratamiento médico o procedimiento es que se requieren otros estudios o ensayos clínicos para determinar la máxima dosis tolerada, toxicidad, seguridad o eficacia, o su eficacia en comparación con un medio de tratamiento o diagnóstico estándar, o la opinión prevaleciente entre expertos según lo demostrado por la evidencia confiable es que el uso debe confinarse sustancialmente a entornos de investigación.

El término “evidencia confiable” se refiere únicamente a informes y artículos publicados en literatura médica y científica autorizada; registros e informes de cualquier junta de revisión institucional de cualquier institución que haya revisado el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento; protocolos escritos utilizados por el centro de tratamiento, o los protocolos de otro centro que estudie sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento; o el consentimiento informado escrito utilizado por el centro de tratamiento, o los protocolos de otro centro que estudie sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento.

- O. “Protesta” es la expresión de insatisfacción de un miembro, incluidas las quejas, con respecto a cualquier asunto, a excepción de aquellos que sean apropiadamente objeto de una apelación.
- P. “Grupo” significa el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois.
- Q. “Hospital” es un centro operado legalmente que se define como un hospital de cuidado agudo o terciario, y una institución con licencia otorgada por el Estado y aprobada por la Comisión Conjunta sobre Acreditación de Organizaciones de Cuidado de la Salud (“JCAHO”), la Asociación Americana de Osteopatía (“AOA”) o el programa Medicare.
- R. “Programa de asistencia médica” se refiere al Programa de Asistencia de HFS administrado por el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois.
- S. “Director médico” se refiere a un médico designado por el plan de salud para supervisar y revisar la utilización y la calidad de los servicios de salud proporcionados a los miembros.
- T. “Medicamento necesario” es un servicio, suministro o medicina apropiada y que satisface las normas de la buena práctica médica en la comunidad médica para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta, la prevención de futuras enfermedades, asistir a que el afiliado tenga la posibilidad de lograr, mantener o recuperar la capacidad funcional, o lograr el crecimiento apropiado de acuerdo con la edad, según lo determinado por el proveedor de conformidad con las pautas, políticas y/o procedimientos del plan de salud.

El hecho de que un servicio sea indicado o recomendado por un médico u otro proveedor de cuidado de la salud no significa necesariamente que el servicio sea médicamente necesario, un servicio cubierto o un servicio autorizado por el plan de salud.

- U. “Miembro” se refiere a una persona elegible afiliada al plan de salud conforme al contrato.
- V. “Servicios fuera del área” son los servicios cubiertos coordinados o recibidos fuera del área de servicio y se limitan a servicios de emergencia.
- W. “Médico participante” es un médico que, en el momento de proveer o indicar servicios cubiertos a un miembro, ha firmado un contrato directa o indirectamente con el plan de salud para proveer y/o coordinar servicios cubiertos, y que está actualmente afiliado como proveedor en el Programa de Asistencia Médica. El acuerdo de un médico participante con el plan de salud puede cancelarse en cualquier momento, y un miembro puede verse obligado a utilizar los servicios de otro médico participante.
- X. “Proveedor participante” es un médico, grupo médico, hospital, centro de enfermería especializada, agencia de salud en el hogar o cualquier otra institución con la correspondiente licencia que ha firmado un contrato, directa o indirectamente, con el plan de salud para facilitar servicios cubiertos a los miembros y que está actualmente afiliado como proveedor en el Programa de Asistencia Médica. El acuerdo de un proveedor participante con el plan de salud puede cancelarse en cualquier momento, y un miembro puede verse obligado a utilizar los servicios de otro proveedor participante.
- Y. “Médico” es una persona licenciada para practicar la medicina en todas sus ramas bajo la Ley de Práctica Médica de 1987.
- Z. “Servicios de postestabilización” son servicios médicamente necesarios que no son de emergencia, proporcionados a un afiliado luego de que este es estabilizado, a fin de mantener dicha estabilización luego de una condición médica de emergencia.
- AA. “Proveedor de cuidado primario” es un proveedor inscrito en el Departamento y contratado por la organización de cuidado administrado (MCO) que, dentro del alcance de su práctica y de conformidad con los requisitos de certificación del Estado y de su licencia, es responsable de proveer todos los servicios de cuidado de la salud primario y preventivo a los afiliados que le sean asignados según el plan de salud.
- BB. “Área de servicio” es el área geográfica dentro de la cual el plan de salud ha recibido la aprobación reglamentaria para operar, y que está designada por el contrato conforme al cual el miembro está afiliado.
- CC. “Terapia de rehabilitación a corto plazo” es la terapia de rehabilitación que se limita al tratamiento de condiciones sujetas a mejora clínica considerable en un plazo de dos (2) meses a partir del primer día de cuidado, según lo determinado por el proveedor de cuidado primario del miembro y por el director médico del plan de salud con anticipación y de manera oportuna, a menos que el Adjunto A establezca explícitamente otra cosa.

- DD. “Cuidado de enfermería especializada” se refiere a servicios que sólo pueden ser provistos o estar supervisados por personal de enfermería con licencia.
- EE. “Centro de enfermería especializada” es un centro que cuenta con la debida licencia del Estado y que provee, a pacientes internados, cuidado agudo de enfermería especializada, servicios agudos de rehabilitación u otros servicios de salud agudos relacionados.
- FF. “Médico de cuidado especializado” es un médico que proporciona cierto cuidado médico especializado, referido por un proveedor de cuidado primario de un miembro, que se encuentra actualmente afiliado como proveedor en el Programa de Asistencia Médica y que está autorizado por el plan de salud.
- GG. “Estabilización o estabilizado” significa, con respecto a una condición médica de emergencia y según lo determinado con probabilidad médica razonable por un médico a cargo de una sala de emergencias o por otro proveedor tratante, que posiblemente el alta o la transferencia a otro centro no produzca ningún deterioro material de la condición.
- HH. “Proveedor de cuidado de la salud de la mujer” (“WHCP”) es un médico con licencia para practicar la medicina en todas sus ramas, se especializa en obstetricia, ginecología o medicina familiar, es un médico participante y opta por desempeñarse como un WHCP.

SECCIÓN II. ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

A. Quién es elegible para ser un miembro

Una persona elegible que se haya afiliado al plan de salud de conformidad con el contrato y cuya inscripción haya sido confirmada por el Departamento. Además, un hijo recién nacido de la persona elegible que es la cabeza del caso y que haya sido afiliado al plan de salud, tendrá cobertura desde el momento de su nacimiento, sujeto a todas las disposiciones aplicables de este certificado. Si usted tiene un bebé, llame de inmediato a su trabajador de caso. Luego llame al plan de salud, para que esté en conocimiento del nacimiento de su bebé.

B. Inscripción

La inscripción conforme a este acuerdo será voluntaria.

1. El departamento, o su agente contratado para la inscripción de clientes, serán responsables de la inscripción de personas elegibles de conformidad con el procedimiento acordado. Un bebé recién nacido incorporado al caso de asistencia médica en un plazo de 45 días a partir del nacimiento quedará inscrito automáticamente en el plan de salud si la madre es la beneficiaria del caso y está afiliada al plan de salud en el momento del nacimiento. La fecha de vigencia de inscripción será la fecha de nacimiento del niño. Los bebés recién nacidos incorporados a un caso de asistencia médica una vez transcurridos 45 días a partir de su nacimiento también quedarán

inscritos automáticamente en el plan de salud si la madre es la beneficiaria o si todos los miembros del caso están afiliados al plan de salud. La fecha de vigencia de la cobertura será prospectiva, según la determine el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois.

2. Como parte de sus funciones de comercialización y de servicio a los miembros, el plan de salud educará y prestará asistencia a las personas elegibles para que comprendan sus opciones de inscripción, facilitará su contacto con el agente de inscripción de clientes. Una persona elegible adulta que no sea beneficiaria del caso sólo podrá inscribirse a sí misma.
3. Un miembro puede cancelar su inscripción en cualquier momento conforme a los procedimientos establecidos por el Departamento. Toda persona elegible será notificada en el momento de su inscripción, y una vez por año a partir de entonces, sobre su derecho a cancelar la inscripción voluntariamente en cualquier momento.

C. No discriminación

La inscripción prescindirá de toda consideración de raza, color, religión, sexo, origen nacional, ancestros, edad o discapacidad física o mental. El plan de salud no discriminará contra las personas elegibles sobre la base de su condición de salud o de su necesidad de recibir servicios de salud.

D. Entrega de documentos

El plan de salud pondrá una copia de este certificado a disposición en su sitio web (<http://www.harmonyhpi.com/member/resources>), y para los miembros mediante solicitud.

E. Notificación de no elegibilidad

Corresponderá al Estado la responsabilidad de notificar al plan de salud sobre cualquier cambio que afecte la elegibilidad de un miembro.

SECCIÓN III. CANCELACIÓN DE LA COBERTURA DEL MIEMBRO

A. Cancelación

A excepción de lo expresamente establecido en este Certificado, el plan de salud puede procurar que el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois cancele la cobertura de un miembro conforme a este Certificado, según se indica a continuación:

1. Si un miembro permite el uso de su tarjeta de ID o la de cualquier otro miembro del plan de salud por parte de cualquier otra persona, o usa la tarjeta de ID de otra persona, la tarjeta puede ser revocada por el plan de salud y la elegibilidad para la cobertura del

miembro puede ser cancelada. La cobertura del miembro finalizará mediante notificación escrita al miembro o podrá anularse de manera retroactiva a la fecha de uso no autorizado de la tarjeta de ID del plan de salud. El miembro será responsable ante el plan de salud por todos los costos incurridos como resultado del uso indebido de la tarjeta de identificación o, si los costos reales no pudieran determinarse, por los cargos de HFS Medicaid de dichos servicios o beneficios;

2. La elegibilidad del miembro puede ser cancelada si los médicos participantes no logran establecer o mantener con él una relación satisfactoria entre médico y paciente luego de intentos reiterados y persistentes. Su cobertura finalizará mediante una notificación escrita con no menos de treinta y un (31) días de anticipación dirigida al miembro, en la que se indicará que el plan de salud considera insatisfactoria la relación entre médico y paciente. Sin embargo, deben cumplirse las siguientes condiciones: (a) el miembro se ha rehusado reiteradamente a seguir el tratamiento indicado por el médico participante; y (b) el plan de salud ha proporcionado de buena fe al miembro la oportunidad de elegir un médico participante alternativo. Otros motivos para la cancelación de la cobertura de un miembro incluyen, pero no se limitan a, el comportamiento abusivo o disruptivo en un consultorio médico y la obtención de servicios de parte del miembro de una manera en que perjudique la capacidad del proveedor de cuidado primario de coordinar el cuidado de dicho miembro.
3. Si un miembro comete una violación material de los términos de este Certificado, su cobertura puede ser cancelada notificándole con no menos de treinta y un (31) días de anticipación;
4. A menos que en este documento se establezca otra cosa, si un miembro deja de ser una persona elegible, la cobertura se cancelará con vigencia al día siguiente a la fecha en que finalice la elegibilidad.

La cobertura conforme a este Certificado no se cancelará sobre la base del estado de salud del miembro o porque haya ejercido el procedimiento de protesta del plan de salud.

B. Reincorporación

Un miembro no será reincorporado automáticamente al plan si su cobertura es cancelada con causa por el Departamento.

Si la cobertura de un miembro es cancelada debido a la finalización de su elegibilidad, y dicha elegibilidad es recuperada en un plazo de dos (2) meses, la persona será automáticamente reincorporada como miembro del plan de salud, se la asignará a su proveedor de cuidado primario anterior y recibirá cobertura conforme a este Certificado. Si la elegibilidad queda cancelada por un plazo superior a dos (2) meses, la membresía no se reanuda automáticamente y se requerirá una nueva solicitud de inscripción.

C. Certificado de cobertura acreditable

El plan de salud mantendrá el control de los períodos de “cobertura acreditable” de cada miembro. Al cancelarse la cobertura conforme a este Certificado y durante el plazo de dos (2) años siguientes a la cancelación, el miembro puede solicitar un certificado de cobertura acreditable al Departamento llamando al 1-888-281-8497.

SECCIÓN IV. SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS

Cada miembro elegirá o se elegirá en su nombre un proveedor de cuidado primario por medio del cual se le proveerán o se coordinarán ciertos servicios médicos de cuidado primario, y quien coordinará los otros servicios cubiertos que el miembro deba recibir de otros proveedores participantes. Además de un proveedor de cuidado primario, todos los miembros de sexo femenino pueden seleccionar un proveedor de cuidado de la salud de la mujer (WHCP) si así lo desean. Tener o elegir tal proveedor no es obligatorio, pero la opción está disponible para los miembros de sexo femenino. Si un miembro recibe servicios por medio de un médico o proveedor de cuidado de la salud que no sea su proveedor de cuidado primario, y si dichos servicios no hubieran sido ordenados por este último y no fuesen autorizados por el plan de salud, no serán cubiertos, excepto en el caso de una verdadera emergencia. Los miembros pueden cambiar de proveedor de cuidado primario llamando a Servicios a Miembros, de conformidad con los procedimientos del plan de salud. Los cambios solicitados hasta el día 15 del mes adquirirán vigencia el primer día del mes siguiente. Los cambios realizados después del día 15 del mes adquirirán vigencia en un plazo de treinta (30) días a partir de la solicitud.

A excepción de los servicios de planificación familiar y los casos de emergencia, un miembro debe recibir los servicios cubiertos de proveedores participantes incluido los servicios médicos, quirúrgicos, de diagnóstico, terapéuticos y preventivos según lo establecido en el Adjunto A, siempre que se consideren médicamente necesarios y que sean proporcionados, prescritos, indicados u ordenados por el proveedor de cuidado primario o por el WHCP del miembro, dentro del alcance de la práctica, la experiencia y la capacitación de ese médico.

Cuando un proveedor de cuidado primario, un WHCP u otro proveedor participante, mediante un referido del proveedor de cuidado primario, determinen que los servicios son médicamente necesarios y notifiquen al plan de salud sobre un tratamiento recomendado, si el plan de salud establece que existe un segundo tratamiento médicamente equivalente o sustancialmente equivalente, el plan tendrá el derecho a su criterio, y siempre que la decisión sea tomada de manera oportuna y prospectiva, de cubrir únicamente los servicios o beneficios menos costosos en lugar de aquellos que de otro modo estarían cubiertos o disponibles conforme al contrato. Esta disposición no afecta el derecho del médico de apelar de conformidad con lo dispuesto en el Capítulo 215, Sección 134/45 de los Estatutos Compilados del Estado de Illinois (ILCS). Esto se aplica independientemente de que los servicios o beneficios menos costosos estuviesen o no cubiertos de otro modo. Esto significa, por ejemplo, que si el cuidado como paciente internado en un centro de enfermería especializada y el cuidado de enfermería en el hogar en forma intermitente y a tiempo parcial resultaran médicamente apropiados, pero la primera opción fuese menos costosa, el plan de salud podrá limitar la cobertura al cuidado

como paciente internado. Asimismo, el plan de salud puede limitar la cobertura al cuidado como paciente internado, incluso si ello significa extender el beneficio de paciente internado con respecto a lo establecido en este Certificado.

Para que un tratamiento, servicio o suministro propuesto sea considerado un servicio cubierto, debe ser médicamente necesario (vea la Sección I, apartado T). Un tratamiento, servicio o suministro propuesto no es médicamente necesario ni se convierte en un servicio cubierto simplemente porque un médico o proveedor participante lo indique, ordene, recomiende o apruebe. Además, los requisitos de necesidad médica se aplican a todos los tratamientos, servicios o suministros cubiertos conforme a este Certificado, incluso aquellos que estén específicamente cubiertos por el plan de salud o que no estén expresamente excluidos. Por consiguiente, un tratamiento, servicio o suministro propuesto no será considerado un servicio cubierto cuando no resulte médicamente necesario, aunque no esté específicamente listado como exclusión, esté expresamente considerado en el Adjunto A y/o sea de otro modo un beneficio conforme al Programa de Asistencia Médica. El plan de salud mantendrá al miembro indemne de toda responsabilidad financiera por servicios que retroactivamente sean considerados no médicamente necesarios, a menos que el miembro haya cometido fraude.

En caso de que un proveedor participante no pueda satisfacer las necesidades médicas del paciente, un miembro puede ser referido por su proveedor de cuidado primario a un proveedor no participante.

Un miembro no obtendrá un interés adquirido en ningún servicio cubierto simplemente en virtud de que haya comenzado a recibir ese servicio cubierto. El plan de salud puede modificar o cancelar este Certificado según lo establecido en el presente y el miembro no tendrá un derecho adquirido en la cobertura continuada conforme a este Certificado o con respecto a ningún servicio cubierto.

El plan de salud no cubrirá los servicios prestados a un miembro si éste consulta a un profesional de salud sin un referido de su proveedor de cuidado primario o WHCP o si no ha sido autorizado por el plan de salud, excepto en una emergencia. El plan de salud permite a un miembro recibir servicios de salud del comportamiento y servicios por abuso de sustancias sin un referido de su médico de cuidado primario o WHCP.

SECCIÓN V. CONTINUIDAD DEL CUIDADO

A. Nuevos miembros

Existen dos situaciones en las que un nuevo miembro tiene la opción de continuar visitando, por un plazo limitado, a un médico que no sea un proveedor participante. La primera es aquella en que, a la fecha de vigencia de su cobertura, un nuevo miembro se encontraba recibiendo un tratamiento continuo de un médico no participante. Un tratamiento continuo se refiere al tratamiento de una condición o enfermedad que requiere servicios de cuidado de la salud reiterados, de conformidad con un plan de tratamiento de ese médico, debido al potencial de que ocurran cambios en el régimen terapéutico. La segunda situación es aquella en que, a la fecha de vigencia de su cobertura, un nuevo miembro de sexo femenino en su

tercer trimestre de embarazo ha estado recibiendo cuidado prenatal de un médico no participante. El plan de salud notificará a los nuevos miembros sobre esta opción. Para hacer uso de esta opción, el nuevo miembro debe solicitar por escrito la aprobación del plan.

El plan de salud aprobará la solicitud de un nuevo miembro para usar esta opción si el proveedor del cual el nuevo miembro desea continuar recibiendo cuidado cumple las siguientes condiciones:

- El médico está situado dentro del área de servicio del plan de salud.
- El médico satisface las normas de acreditación del plan de salud.
- El médico es un proveedor del Programa de Asistencia Médica.
- El médico acuerda seguir los procedimientos y las políticas del plan de salud, lo que incluye aceptar las tarifas de reembolso según los programas de cargos prevaletientes del Programa de Asistencia Médica, cumplir los requisitos de aseguramiento de calidad, proporcionar datos sobre las visitas del paciente u otros datos clínicos según lo exigido a los médicos participantes, y adherir a las políticas y los procedimientos de utilización.
- El médico completa y devuelve el formulario correspondiente al plan de salud, en un plazo de catorce (14) días a partir de la fecha en que el plan de salud reciba la solicitud del miembro, en el cual indica su acuerdo a seguir las políticas y los procedimientos del plan de salud.

Dentro de un plazo de quince (15) días después de haber recibido la solicitud de un nuevo miembro, el plan de salud le notificará por escrito la aprobación o el rechazo de su solicitud. Dicha notificación indicará las razones específicas del rechazo. Si un nuevo miembro está recibiendo un tratamiento continuo y obtiene la aprobación del plan de salud para usar esta opción, podrá continuar visitando al médico para recibir dicho tratamiento hasta la primera de las siguientes circunstancias: (a) concluye el plazo de noventa (90) días que comienza en la fecha de vigencia de la cobertura; o (b) el médico deja de cumplir las condiciones anteriores. Si un nuevo miembro de sexo femenino en su tercer trimestre de embarazo recibe la aprobación del plan de salud para usar esta opción, podrá continuar visitando al médico para recibir cuidado relacionado con su embarazo, incluido el cuidado de posparto relacionado directamente con el alumbramiento, hasta que el médico deje de cumplir las condiciones anteriores.

B. Miembros existentes

Existen dos situaciones en las que un miembro existente que haya sido notificado de que su médico participante se ha retirado de la red puede continuar visitándolo por un plazo limitado. La primera situación es aquella en que, a la fecha de finalización del contrato del médico, un miembro existente estaba recibiendo un tratamiento continuo de ese médico. Un tratamiento continuo se refiere al tratamiento de una condición o enfermedad que requiere servicios de cuidado de la salud reiterados de conformidad con un plan de tratamiento de ese médico, debido al potencial de que ocurran cambios en el régimen terapéutico. La segunda situación es aquella en que, a la fecha de finalización del contrato del médico, un miembro existente de sexo femenino en su tercer trimestre de embarazo ha estado recibiendo cuidado prenatal de ese médico. Un miembro existente debe solicitar por escrito la aprobación del plan para usar esta opción dentro de los treinta (30) días de haber sido notificado que el médico se ha retirado de la red.

El plan de salud aprobará la solicitud de un miembro existente para usar esta opción si el médico del cual el miembro desea continuar recibiendo cuidado cumple todas las siguientes condiciones:

- El contrato del médico fue finalizado por razones no relacionadas con una medida disciplinaria definitiva por parte del Estado de Illinois o con cuestiones de calidad de cuidado.
- El médico continúa estando dentro del área de servicio del plan de salud.
- El médico continúa satisfaciendo las normas de acreditación del plan de salud.
- El médico continúa siendo un proveedor del Programa de Asistencia Médica.
- El médico acuerda continuar siguiendo los procedimientos y las políticas del plan de salud, lo que incluye aceptar las tarifas de reembolso según los programas de cargos prevaletentes del Programa de Asistencia Médica, cumplir los requisitos de aseguramiento de calidad, proporcionar datos sobre las visitas del paciente u otros datos clínicos según lo exigido a los médicos participantes, y adherir a las políticas y los procedimientos de utilización.
- El médico completa y devuelve el formulario correspondiente al plan de salud, en un plazo de catorce (14) días a partir de la fecha en que el plan de salud reciba la solicitud del miembro, en el cual indica su acuerdo a continuar siguiendo las políticas y los procedimientos del plan de salud.

Dentro de un plazo de quince (15) días después de haber recibido la solicitud de un miembro existente, el plan de salud lo notificará por escrito sobre la aprobación o el rechazo de su solicitud. Dicha notificación indicará las razones específicas del rechazo. Si un miembro existente que está recibiendo un tratamiento continuo obtiene la aprobación del plan de salud para usar esta opción, podrá continuar visitando al médico para recibir dicho tratamiento hasta la primera de las siguientes circunstancias: (a) concluye el plazo de noventa (90) días que comienza en la fecha en que el miembro es notificado de que el médico participante se retira de la red; o (b) el médico deja de cumplir las condiciones anteriores. Si un miembro existente de sexo femenino en su tercer trimestre de embarazo recibe la aprobación del plan de salud para usar esta opción, podrá continuar visitando al médico para recibir cuidado relacionado con su embarazo hasta la primera visita de posparto en consultorio o hasta que el médico deje de cumplir las condiciones anteriores, según lo que ocurra primero.

SECCIÓN VI. REFERIDO PERMANENTE

Conforme a la Sección IV y al Adjunto A – Sección I, un miembro está obligado a obtener un referido, ya sea de su proveedor de cuidado primario o WHCP antes de consultar a cualquier otro profesional de salud o de recibir cuidado de éste, excepto en una emergencia. Sin embargo, el plan de salud puede aprobar un referido permanente si el miembro lo solicita a su proveedor de cuidado primario o al WHCP, si dicho médico o proveedor proporcionan al miembro un referido a un proveedor participante de conformidad con la Sección IV, y si el proveedor de cuidado primario determina, en consulta con el proveedor participante, que la condición del miembro requiere recibir cuidado continuo de un profesional de salud que no sea el proveedor de cuidado primario. Si se aprueba el referido permanente, el miembro no necesita obtener un referido adicional para cada

visita al proveedor participante listado en el referido permanente durante el plazo indicado en este último. El plazo del referido será establecido en el referido escrito y no se extenderá más allá del tiempo necesario para que el proveedor participante proporcione el tratamiento indicado en el referido o por más de un (1) año a partir de la aprobación del referido permanente, según lo que ocurra primero. El referido caducará de inmediato si el proveedor participante indicado en el referido permanente se retira de la red del plan de salud. En ese caso, el miembro deberá obtener un nuevo referido de su proveedor de cuidado primario antes de recibir cuidado adicional.

Para solicitar un referido permanente, el miembro debe presentar a su proveedor de cuidado primario una solicitud escrita que contenga la siguiente información:

- El nombre del miembro y el número de identificación del plan de salud indicado en la tarjeta de ID del miembro;
- El diagnóstico del proveedor participante sobre la condición del miembro;
- El tratamiento recomendado por el proveedor participante;
- Una declaración en cuanto a la cantidad de tiempo que demandará completar el tratamiento;
- El nombre, dirección y número de teléfono del proveedor participante en letra de imprenta; y
- La firma del proveedor participante

El plan de salud no rechazará solicitudes fundamentándose en la no presentación de toda la información precedente sin antes tratar de asistir al miembro para que obtenga dicha información. Si el plan de salud aprueba la solicitud del miembro, su proveedor de cuidado primario proporcionará un referido permanente por escrito en el que indicará el nombre del proveedor participante a quien el miembro es referido, los servicios autorizados por el referido permanente y el plazo del referido. Si se aprueba el referido permanente, el miembro será referido a un proveedor participante con quien el proveedor de cuidado primario haya hecho arreglos de referidos. Si no se dispusiera de un proveedor participante calificado con quien el proveedor de cuidado primario hubiera hecho arreglos de referidos, éste proporcionará el referido permanente para un proveedor participante sin arreglos de referidos con el proveedor de cuidado primario. Si se dispone de un proveedor participante calificado con quien el proveedor de cuidado primario hubiera hecho arreglos de referidos, pero el miembro desea recibir cuidado continuo de un proveedor participante que no ha hecho tales arreglos con su proveedor de cuidado primario designado, el miembro puede optar por cambiar su proveedor de cuidado primario (siguiendo los procedimientos indicados en la Sección IV) por otro que sí los haya hecho. Si la solicitud de referido permanente del miembro es rechazada por el plan de salud, el miembro puede apelar la decisión del plan de salud por medio del proceso de revisión externa independiente descrito en la Sección X, apartado D.

El proveedor de cuidado primario del miembro continuará coordinando el cuidado del miembro. Además, el proveedor participante no podrá referir al miembro a otros profesionales de la salud. El miembro deberá obtener referidos adicionales a otros profesionales de la salud por intermedio de su proveedor de cuidado primario.

SECCIÓN VII. RELACIÓN DE LAS PARTES

A. **Contratistas independientes**

La relación entre el plan de salud y los proveedores participantes es la de un contratista independiente; los proveedores participantes no son ni agentes ni empleados del plan de salud, y el plan de salud y sus empleados tampoco son empleados o agentes de los proveedores participantes. El plan de salud no será responsable por ninguna reclamación o demanda por daños resultantes de lesiones sufridas por un miembro mientras recibe cuidado de un proveedor participante, ni por daños de algún modo vinculados con tales lesiones, ni por lesiones sufridas en el centro de un proveedor participante como resultado de la propia negligencia de éste en el desempeño de sus obligaciones en virtud del tratamiento del miembro.

B. **Relación de proveedor y paciente**

Los proveedores participantes mantienen con los miembros una relación de proveedor y paciente, y son exclusivamente responsables ante los miembros por todos los servicios de salud o tratamientos prestados o recomendados por ellos. Los miembros pueden rehusarse a aceptar ciertos procedimientos. Los proveedores participantes pueden considerar dicha negativa a aceptar sus recomendaciones como incompatible con la continuidad de su relación de proveedor y paciente, y como una obstrucción a la prestación de un cuidado médico adecuado. Los proveedores participantes harán todo lo posible por prestar todo el cuidado médico necesario y apropiado de una manera compatible con el criterio de un proveedor participante en cuanto a los requisitos de la adecuada práctica médica. Si un miembro se rehúsa a seguir un tratamiento o procedimiento recomendado después de que el proveedor participante haya hecho todo lo posible por obtener su cooperación, y si el proveedor participante considera que no existe una alternativa profesionalmente aceptable, el miembro será notificado en tal sentido. En ese caso, el plan de salud notificará al miembro para que seleccione un nuevo proveedor participante. Si el miembro no hubiera elegido un nuevo proveedor participante en un plazo de treinta (30) días a partir de la notificación, el plan de salud elegirá un nuevo proveedor participante en nombre del miembro. Además, el plan de salud puede notificar al Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois sobre la falta de cumplimiento, y solicitar que el Departamento cancele la inscripción del miembro en el plan de salud. La negativa reiterada por parte del miembro a seguir el(los) tratamiento(s) o procedimiento(s) indicado(s) puede dar lugar a la cancelación de la cobertura del miembro de conformidad con la Sección III, Cancelación de la cobertura del miembro. Sin embargo, previamente a la cancelación, el plan de salud proveerá al miembro la oportunidad de elegir un proveedor de cuidado primario alternativo (vea la Sección III, apartado A, punto 2).

El plan de salud o un proveedor participante pueden finalizar su contrato o limitar la cantidad de miembros que el proveedor aceptará como pacientes. El plan de salud no puede garantizar que un proveedor participante específico estará disponible para prestar servicios durante todo el período en que el miembro esté cubierto por el plan de salud. Sin embargo, el plan de salud notificará a todos los miembros con sesenta (60) días de anticipación con respecto a la finalización del contrato de cualquier proveedor de cuidado primario previamente visitado por el miembro, siempre que el plan de salud reciba la notificación

pertinente por parte del proveedor. Si el plan de salud recibe la notificación del proveedor con menos de sesenta (60) días de anticipación, notificará de inmediato al miembro sobre dicha finalización.

El plan de salud no intervendrá en la prestación de servicios médicos, entendiéndose que se mantendrá la relación tradicional de proveedor y paciente. Sin embargo, el plan de salud no es responsable del pago de servicios médicos en los casos en que un tratamiento particular no sea un servicio cubierto conforme a la cobertura del miembro en el plan de salud. El plan de salud mantendrá a los miembros indemnes de toda responsabilidad financiera por servicios que el plan de salud considere retroactivamente no cubiertos en virtud de no ser médicamente necesarios, a menos que el miembro haya cometido fraude.

SECCIÓN VIII. INDEMNIZACIÓN LABORAL, SEGURO DE RESPONSABILIDAD POR AUTOMÓVILES, MEDICARE Y OTRA COBERTURA DE SALUD

A. Indemnización laboral y seguro de responsabilidad por automóviles

Los beneficios conforme a este Certificado no tienen como fin duplicar ningún beneficio para el cual los miembros sean elegibles conforme a la Indemnización Laboral o el Seguro de Responsabilidad por Automóviles. Todas las sumas pagaderas de conformidad con estos seguros por servicios proporcionados a los miembros o coordinados para ellos son pagaderas y retenidas por el plan de salud. También se entiende que la cobertura conforme a este Certificado no reemplaza y no afectará ningún requisito de cobertura conforme a la Indemnización Laboral y el Seguro de Responsabilidad por Automóviles. La omisión de un miembro en tratar de ejercitar sus derechos conforme a los beneficios de Indemnización Laboral o Seguro de Responsabilidad por Automóviles (si están vigentes), o la renuncia a dichos derechos o beneficios, serán consideradas una violación de esta disposición.

B. Medicare

Excepto que la ley federal aplicable disponga otra cosa, los beneficios conforme a este Certificado para los miembros de sesenta y cinco (65) años de edad en adelante, o los miembros de otra manera cubiertos por Medicare, no duplican ningún beneficio para el cual dichos miembros sean elegibles conforme a la Ley de Medicare, incluida la Parte B de dicha ley, a excepción de los copagos y deducibles de Medicare. En los casos en que Medicare sea el pagador primario, todas las sumas pagaderas de conformidad con el Programa Medicare por servicios proporcionados conforme a este Certificado son pagaderas y retenidas por el plan de salud, o de la manera en que el plan lo indique.

C. Otra cobertura de salud

Todo servicio que se haya pagado o que sea pagadero conforme a cualquier otro plan de salud o seguro de salud del cual un miembro reciba cobertura es siempre preliminar a esta cobertura, pues al igual que el Programa de Asistencia Médica, esta cobertura es siempre la cobertura de último recurso.

D. Cooperación de los miembros

Cada miembro completará y presentará al plan de salud los consentimientos, descargos, cesiones y otros documentos que el plan de salud pueda solicitar para obtener o garantizar el reembolso, en los casos en que el plan de salud sea el pagador secundario conforme a esta Sección VIII. El plan de salud puede solicitar que el Departamento cancele la inscripción de cualquier miembro que no preste dicha cooperación, incluida la inscripción en la Parte B del Programa Medicare tan pronto como sea posible, en los casos en que Medicare sea el pagador primario.

SECCIÓN IX. SUBROGACIÓN

Si un miembro sufre una lesión o enfermedad debido a actos de un tercero, el plan de salud proporcionará el cuidado para dicha lesión o enfermedad. La aceptación de dichos servicios constituirá el consentimiento a lo dispuesto por esta Sección.

En caso de cualquier pago de beneficios proporcionados a un miembro conforme a este Certificado, el plan de salud en la medida de ese pago se subrogará a todos los derechos de recuperación que ese miembro tenga contra cualquier persona u organización, y el plan de salud tendrá derecho a recibir de dicha recuperación un monto hasta el monto real pagado por el plan de salud. Si no pudiera determinarse el monto real, se considerarán los cargos de HFS Medicaid correspondientes a los servicios proporcionados por el plan de salud. El miembro firmará y entregará los instrumentos y documentos que puedan requerirse, y hará cualquier otra cosa que resulte necesaria para garantizar dichos derechos al plan de salud.

El plan de salud mantendrá un gravamen sobre todos los fondos recibidos por el miembro hasta el monto real pagado por el plan de salud. Si no pudiera determinarse el monto real pagado, se considerarán los cargos de HFS Medicaid correspondientes a los servicios y suministros proporcionados al miembro. El plan de salud podrá notificar sobre dicho gravamen a cualquier parte que pueda haber contribuido a la pérdida.

En caso de que el plan de salud así lo decida, podrá subrogarse a los derechos del miembro en la medida de los beneficios recibidos conforme a este Certificado. Esto incluye el derecho del plan de salud a iniciar un juicio contra el tercero en nombre del miembro.

Todo derecho de subrogación o reembolso de esa naturaleza provisto al plan de salud conforme a esta política dejará de aplicarse, o se limitará en la medida en que las leyes o los tribunales de Illinois eliminen o restrinjan esos derechos.

El miembro deberá tomar las medidas, suministrar la información y asistencia, y firmar los documentos que el plan de salud pueda requerir para facilitar el cumplimiento de sus derechos conforme a esta disposición. El miembro no tomará ninguna medida que pueda perjudicar los derechos e intereses del plan de salud conforme a esta disposición.

SECCIÓN X. PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN

El Programa de Administración de Utilización tiene como fin garantizar el nivel, la cantidad y la calidad de cuidado más apropiados y de la manera más económicamente eficiente.

A. Alcance del programa

El Programa de Administración de Utilización se aplica a todos los servicios cubiertos. Para todos los referidos a otros proveedores de cuidado de la salud, incluidos los proveedores participantes y las visitas de seguimiento, es necesario contar con el referido del médico de cuidado primario del miembro o su WHCP, así como con la autorización del plan de salud. Los servicios cubiertos sujetos a este Programa de Administración de Utilización incluyen, pero no se limitan a, los siguientes:

1. Todas las internaciones de pacientes y extensiones de internación, ya sea en un hospital, centro de enfermería especializada, centro de salud mental o centro de desintoxicación de drogas y alcohol;
2. Cuidado de la salud en el hogar;
3. Servicios de rehabilitación a corto plazo, ya sea como paciente internado o como paciente ambulatorio;
4. Servicios de salud mental y servicios psiquiátricos;
5. Aparatos protésicos;
6. Servicios quirúrgicos, ya sea realizados como paciente internado o como paciente ambulatorio;
7. Todos los referidos a médicos especializados;
8. Equipo médico no descartable;
9. Servicios para tratar el abuso de alcohol y sustancias; y
10. Servicios de proveedores no participantes, excepto en casos de emergencia.

Es la obligación del miembro cumplir y cooperar con el Programa de Administración de Utilización.

B. El programa

Conforme al Programa de Administración de Utilización, el plan de salud revisará la determinación del proveedor de cuidado primario o del WHCP en cuanto a que los servicios son médicamente necesarios. Los factores que se considerarán incluyen, pero no se limitan a, los siguientes elementos:

1. si el nivel y/o el lugar de cuidado recomendados son médicamente necesarios;
2. si el nivel y/o el lugar de cuidado recomendados son médicamente apropiados y eficientes a la luz de las alternativas disponibles;
3. si la duración del tratamiento es médicamente necesario y/o apropiado.

El plan de salud utilizará, en conjunto con el proveedor de cuidado primario o el WHCP, una serie de medidas para tomar estas determinaciones. Ellas incluyen, pero no se limitan a: revisión previa a la admisión; revisión de admisión; revisión de internación continuada; y administración de caso.

C. **Apelaciones**

Un miembro puede apelar la determinación del plan de salud de denegar referidos, preaprobación o cobertura de servicios médicos. La apelación puede ser presentada por el miembro o por un representante personal, como un médico o tutor, ya sea por escrito o verbalmente. Además, debe ser presentada dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de la notificación de acción.

- (1) Revisión abreviada. Cuando el hecho de no recibir un servicio o tratamiento médico que sea objeto de una apelación pudiera aumentar considerablemente el riesgo para la salud del afiliado, o cuando el objeto de la apelación fuera un servicio o tratamiento médico a ser proporcionado como parte de un tratamiento continuo, la apelación podrá presentarse ya sea verbalmente o por escrito dentro de las veinticuatro (24) horas a partir de la recepción de una determinación adversa.

Dentro de las veinticuatro (24) horas de recibir la apelación del miembro, el plan de salud revisará preliminarmente la reclamación y notificará a la persona que presenta la apelación sobre cualquier información necesaria adicional para evaluarla. La persona que presente la apelación debe proporcionar la información adicional solicitada o bien solicitar más tiempo para proporcionarla. Dentro de las veinticuatro (24) horas de recibir toda la información necesaria, el plan de salud tomará una decisión con respecto a la apelación y notificará verbalmente a la persona que la presente, al miembro, a su médico de cuidado primario y al proveedor que recomiende el servicio o tratamiento médico que haya sido objeto de la apelación. Posteriormente, el plan de salud informará la decisión por escrito al miembro, para lo cual indicará (a) razones claras y detalladas de la determinación, (b) los criterios médicos o clínicos que la fundamentan, y (c) si se trata de una decisión adversa, los procedimientos para solicitar una revisión externa independiente.

- (2) Revisión no abreviada. Todas las otras apelaciones de determinaciones adversas por parte del plan de salud con respecto a un referido, preaprobación o cobertura de un servicio médico (*es decir*, cuando el hecho de no recibir un servicio o tratamiento médico que haya sido objeto de una apelación no aumente considerablemente el riesgo

para la salud del afiliado, según lo determinado por el médico del miembro) deben presentarse al plan de salud por escrito. Dentro de los tres (3) días hábiles a partir de la recepción de la apelación, el plan de salud notificará a la persona que la presenta sobre cualquier información necesaria adicional para evaluarla. La persona que presente la apelación debe proporcionar la información adicional solicitada o bien solicitar más tiempo para proporcionarla. Dentro de los quince (15) días hábiles a partir de la recepción de toda la información necesaria, el plan de salud tomará una decisión con respecto a la apelación. El plan de salud puede extender el plazo para la resolución estándar o abreviada de la apelación hasta un máximo de catorce (14) días calendario si el miembro, su representante autorizado o el proveedor solicitan la prórroga, o si el plan demuestra que es necesario contar con información adicional y que la demora tiene como fin beneficiar al miembro. Dentro de los cinco (5) días hábiles a partir de la decisión, el plan notificará la decisión verbalmente y por escrito a la persona que la presente, al miembro, a su médico de cuidado primario y al proveedor que recomiende el servicio o tratamiento médico que haya sido objeto de la apelación. La decisión por escrito del plan de salud indicará (a) razones claras y detalladas de la determinación, (b) los criterios médicos o clínicos que la fundamentan, y (c) si se trata de una decisión adversa, los procedimientos para solicitar una revisión externa independiente.

Durante la apelación, el cuidado o el cuidado propuesto no se interrumpirá y, en caso de que la apelación obtenga un resultado favorable, el cuidado se cubrirá, sujeto a otras disposiciones del Certificado. Si la apelación no obtiene un resultado favorable y el miembro hubiera acordado pagar los servicios no cubiertos antes de que fueran proporcionados, será financieramente responsable de ese cuidado. La obligación del plan de salud hacia el miembro con respecto al servicio o tratamiento médico que haya sido objeto de la apelación finalizará si el miembro y/o la persona que presenta la apelación en su nombre no continúan la apelación o no responden las solicitudes de información adicional en forma oportuna.

D. Revisión externa independiente

Si el miembro recibe una determinación adversa para una apelación presentada conforme a la Sección X, apartado C, el miembro o su representante personal autorizado por escrito podrán solicitar una revisión externa independiente (la “revisión”), por escrito, dentro de los treinta (30) días a partir de la determinación adversa. El miembro tendrá el derecho de apelar una negativa a la revisión externa independiente de conformidad con el proceso de audiencias imparciales del Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois. Dentro de los treinta (30) días a partir de la solicitud escrita, el plan de salud proporcionará al miembro los nombres de dos organizaciones de revisión independiente. El miembro deberá elegir una organización para que tramite su apelación. Todos los revisores independientes: (1) deben ser colegas clínicos certificados por una junta, y deben desempeñar la práctica clínica activamente. (2) no deben tener ningún interés financiero directo en el caso; y (3) no conocerán la identidad del miembro. El revisor independiente tomará una decisión dentro de los cinco (5) días a partir de la recepción de toda la información requerida. El plan de salud notificará al miembro sobre la decisión dentro de los cinco (5) días hábiles a partir de la decisión del revisor. El plan de salud pagará todos los cargos incurridos por el revisor independiente.

Si se tratase de una apelación abreviada conforme a la Sección X anterior, el miembro deberá solicitar una revisión de la determinación adversa y proporcionar toda la información necesaria para llevar a cabo dicha revisión. El revisor independiente tomará una decisión dentro de las veinticuatro (24) horas luego de recibir toda la información que, a su criterio exclusivo, sea necesaria para evaluar la apelación. En el caso de las apelaciones no abreviadas conforme a la Sección X anterior, que contengan toda la información necesaria para evaluar la apelación, dentro de los treinta (30) días a partir de la recepción de la solicitud de revisión, el plan de salud acusará recibo de ésta, proporcionará al miembro los procedimientos para elegir una de dos organizaciones de revisión independientes y enviará toda la información médica e información de respaldo necesaria al revisor independiente. Dentro de los cinco (5) días de haber recibido toda la información necesaria, el revisor independiente tomará una decisión. El plan informará al miembro sobre la decisión dentro de los cinco (5) días hábiles a partir de la misma. Si el revisor independiente determinara que los servicios médicos que han sido objeto de la apelación son médicamente necesarios, el plan de salud pagará los servicios médicos cubiertos.

El Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois nos exige informarle que, si usted no está satisfecho con la determinación del revisor independiente, puede solicitar una revisión por parte del Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois. Puede enviar su solicitud de revisión a: Illinois Department of Healthcare and Family Services, Bureau of Managed Care, Prescott E. Bloom Building, 201 S. Grand Avenue East, Springfield, Illinois 62763.

E. Uso de información de pruebas genéticas

El plan de salud no recurrirá a información derivada de pruebas genéticas para su uso en relación con este Contrato a los fines de divulgar información de pruebas genéticas a otras personas que no participen en el cuidado clínico del paciente.

SECCIÓN XI. DISPOSICIONES GENERALES

A. Integridad del Certificado

Este Certificado y cualquier Adjunto del mismo, así como las solicitudes y los cuestionarios individuales del miembro, si corresponde, constituyen el acuerdo íntegro entre las partes a partir de la fecha de vigencia de la cobertura y cancelan todo otro acuerdo celebrado entre las partes. Ninguna parte del documento de constitución del plan de salud, sus estatutos u otro documento del plan de salud, será considerada parte de este Certificado, a menos que se incluya en su totalidad en el presente o se adjunte al mismo.

B. Forma o contenido del Certificado

Ningún agente o empleado del plan de salud está autorizado a modificar la forma o el contenido de este Certificado. Dichas modificaciones sólo pueden realizarse mediante una refrendación firmada por un funcionario autorizado del plan de salud.

C. Tarjeta de identificación

Las tarjetas emitidas por el plan de salud a los miembros de conformidad con este Certificado sólo cumplen fines de identificación. La posesión de una tarjeta de ID del plan de salud no confiere ningún derecho a recibir servicios u otros beneficios conforme a este Certificado. Para recibir beneficios conforme a este Certificado, el titular de la tarjeta de ID debe, de hecho, ser una persona elegible. Cualquier otra persona que reciba servicios u otros beneficios conforme a este Certificado, así como cualquier miembro que asista a dicha persona, será responsable por el costo real de dichos servicios o beneficios o, si los costos reales no pudieran determinarse, por los cargos de HFS Medicaid de dichos servicios o beneficios. Asimismo, la cobertura del miembro podrá ser cancelada de conformidad con la Sección III, apartado A, punto 1, y podrá incurrir en una violación penal de la ley de Illinois.

D. Autorización para examinar registros de salud

Al aceptar beneficios conforme al Certificado, el miembro presta su consentimiento y autoriza a todos los proveedores de cuidado de la salud, incluidos pero no se limita a, hospitales, centros de enfermería especializada y proveedores participantes, a permitir el examen y la copia de cualquier parte de los registros médicos y de hospital del miembro, cuando así lo solicite el plan de salud de conformidad con los consentimientos obtenidos en la Sección VIII, apartado D, anterior. La información de los registros médicos de los miembros y la información recibida de los proveedores de manera incidental a la relación de proveedor y paciente se mantendrá con carácter confidencial y, a excepción de los usos razonablemente necesarios en relación con requisitos del gobierno establecidos por la ley, no podrán divulgarse sin el consentimiento del miembro.

E. Notificación de reclamación

Si se requiriese presentar una reclamación para recibir beneficios conforme a este Certificado, dicha reclamación sólo se permitirá si la notificación de esa reclamación es presentada al plan de salud dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha en la cual se incurrió el primer gasto. Sin embargo, si no fuera razonablemente posible proporcionar una notificación dentro del plazo mencionado y ésta se presentase tan pronto como resultara razonablemente posible, la fecha de presentación se prorrogará de la manera correspondiente. No obstante, en ningún caso se autorizarán beneficios si la notificación de la reclamación se presenta una vez transcurridos doce (12) meses a partir de la fecha en que se incurrió el gasto o, en el caso de una hospitalización de emergencia, el plazo para presentar la notificación será de noventa (90) días a partir de la fecha en que el miembro haya recuperado la capacidad física o mental para presentarla, según la fecha que resulte posterior. Un miembro puede presentar una reclamación al plan de salud enviando las facturas de los proveedores por los servicios de cuidado de la salud recibidos, junto con una descripción de las circunstancias relativas a la recepción de los servicios de cuidado de la salud y la prueba de pago, en caso de que el miembro esté procurando obtener un reembolso.

F. Notificaciones

Toda notificación conforme a este Certificado puede enviarse por correo certificado, con aviso de entrega, o por Federal Express o un servicio de entrega rápida similar, incluidos los servicios de mensajería, a la siguiente dirección:

Harmony Health Plan of Illinois, Inc.
200 West Adams Street, Suite 800
Chicago, Illinois 60606-5220

O, en caso de ser dirigida al miembro, a la última dirección informada al plan de salud.

G. Interpretación del Certificado

Las leyes del Estado de Illinois se aplicarán a las interpretaciones de este Certificado.

H. Cesión

Este Certificado no puede ser cedido por el miembro. Los beneficios de un miembro conforme a este Certificado no pueden ser objeto de cesión.

I. Protestas de los miembros

El miembro puede tratar de obtener una resolución de una protesta de conformidad con el procedimiento administrativo de protesta de los miembros establecido por el plan de salud. Se anexa como Adjunto B una copia del procedimiento mencionado. Tal como se describe en más detalle en el Adjunto B, Procedimiento administrativo de protesta, el plan de salud proveerá al miembro la siguiente notificación con cualquier determinación escrita tomada por el Comité de Apelaciones y Protestas:

El Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois nos exige informarle que, si usted no está satisfecho con la determinación del Comité de Apelaciones y Protestas, puede solicitar una revisión por parte de dicho Departamento. Puede enviar su solicitud de revisión a: Illinois Department of Healthcare and Family Services, Bureau of Managed Care, Prescott E. Bloom Building, 201 S. Grand Avenue East, Springfield, Illinois 62763.

J. Género

Conforme a lo considerado, el uso de cualquier género (masculino o femenino) en este documento incluirá el otro género y, cuando resulte apropiado, el uso del singular incluirá el plural y viceversa.

K. Errores administrativos

Los errores administrativos, ya sean del Grupo o del plan de salud, en el mantenimiento de cualquier registro relativo a la cobertura conforme al presente no invalidarán la cobertura que de otro modo esté válidamente en vigencia, ni continuará una cobertura que de otro modo se hubiera cancelado válidamente.

L. Políticas y procedimientos

El plan de salud puede adoptar políticas, procedimientos, reglas e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficiente de este Certificado.

M. Modificación

Este Certificado estará sujeto a modificación o enmienda mediante la notificación por escrito al miembro en el momento de la modificación o enmienda por parte del plan de salud de todos los demás certificados designados como Formulario N°: Harmony-ILCERT3AA32000. Al optar por la cobertura médica y de hospital conforme al plan de salud, o al aceptar los beneficios del plan de salud, todos los miembros son legalmente capaces de contratarla y prestan su acuerdo a todos los términos, condiciones y disposiciones del presente.

SECCIÓN XII. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES

El plan de salud no estará obligado a cubrir los siguientes servicios:

- (1) Servicios dentales, excepto según se especifica en este documento y lo aprobado por HFS;
- (2) Servicios de farmacia proporcionados por una farmacia;
- (3) Todos los servicios proporcionados por un optometrista;
- (4) Servicios de clínica de salud mental proporcionados por medio de un proveedor de salud del comportamiento comunitario como se identifica en el Código Adm. 89 de Ill., 140.452 y 140.454, y se define con más detalle en el Código Adm. 59 de Ill., Parte 132, “Programa de Servicios de Salud Mental Comunitarios de Medicaid”.
- (5) Servicios de tratamiento por alcoholismo subagudo y abuso de sustancias proporcionados por medio de un proveedor de salud del comportamiento comunitario como se identifica en el Código Adm. 89 de Ill., 148.340(a), y se define con más detalle en el Código Adm. 77 de Ill., 2090.
- (6) Exámenes de rutina para determinar la agudeza visual y el estado refractivo del ojo, anteojos, otros dispositivos para corregir la visión, y cualquier suministro y equipo asociados. El contratista referirá a los afiliados que necesiten tales

servicios a los proveedores participantes en los programas médicos de HFS que puedan proveerlos, o bien los referirá a una entidad central de referidos que mantenga una lista de dichos proveedores;

(7) Servicios en un centro de enfermería, o cuidado equivalente proporcionado en el hogar debido a la falta de disponibilidad de un centro de enfermería especializada, a partir del día nonagésimo primero (91) de servicio en un año calendario;

(8) Servicios proporcionados en un centro de cuidados intermedios y servicios proporcionados en un centro de enfermería para participantes con retardo mental/discapacidades de desarrollo;

(9) Servicios de intervención temprana, incluidos los de administración de casos, siempre que guarden conformidad con la Ley sobre Sistema de Servicios de Intervención Temprana (325 ILCS 20 y ss.);

(10) Servicios proporcionados por medio de clínicas en escuelas;

(11) Servicios proporcionados a través de agencias de educación locales inscritas en el Departamento en virtud de un plan de educación individual (IEP) aprobado;

(12) Servicios financiados a través del Fondo de Igualación de Medicaid para Servicios de Rehabilitación de Menores;

(13) Servicios de naturaleza experimental y/o de investigación;

(14) Servicios prestados por un proveedor no afiliado y no autorizado por el contratista, a menos que este contrato requiera específicamente que dichos servicios deban cubrirse;

(15) Servicios proporcionados sin tener que recibir primero un referido obligatorio o una autorización previa según lo establecido en el Manual del Afiliado;

(16) Servicios médicos y/o quirúrgicos proporcionados exclusivamente con fines cosméticos;

(17) Procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos relacionados con la infertilidad o la esterilidad; y

(18) Todo servicio que HFS no cubra ni exija cubrir al plan.

Limitaciones a los servicios cubiertos. Los siguientes servicios y beneficios estarán limitados como servicios cubiertos:

(1) La interrupción del embarazo sólo se proveerá según lo permitido por la ley estatal y federal aplicable (42 C.F.R. Parte 441, Subparte E). En cualquier caso, los requisitos de dichas leyes deben cumplirse plenamente y es preciso completar y presentar el formulario HFS 2390, que quedará archivado en el registro médico de la afiliada. (La interrupción del embarazo no se proveerá a las afiliadas elegibles conforme al Programa Estatal de Seguros de Salud Infantil (215 ILCS 106)).

(2) Los servicios de esterilización pueden proveerse exclusivamente según lo permitido por la ley estatal y federal (vea 42 C.F.R. Parte 441, Subparte F). En cualquier caso, los requisitos de dichas leyes deben cumplirse plenamente y es preciso completar y presentar el formulario DPA 2189, que quedará archivado en el registro médico del afiliado.

(3) Si se provee una histerectomía, es preciso completar y presentar el formulario DPA 1977, que quedará archivado en el registro médico de la afiliada.

Los beneficios conforme a este Certificado tienen como fin ser equivalentes a los cubiertos de acuerdo al Programa de Asistencia Médica, a menos que se establezca expresamente otra cosa en coherencia con el Contrato. Las exclusiones y los beneficios son coherentes con el programa de cargos establecido por el Programa de Asistencia Médica para el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois. Además, las exclusiones listadas anteriormente no son exhaustivas y serán suplementadas y revisadas automáticamente para que guarden conformidad con los servicios cubiertos o excluidos por el Programa de Asistencia Médica y el contrato, así como por cualquier modificación de éstos.

ADJUNTO A

SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

SECCIÓN I

SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS

Cada miembro elegirá o se elegirá en su nombre un proveedor de cuidado primario o un WHCP por medio del cual se proveerán o se coordinarán ciertos servicios médicos de cuidado primario, y quien coordinará los otros servicios cubiertos que el miembro deba recibir de otros proveedores participantes. Además de un proveedor de cuidado primario, todos los miembros del sexo femenino pueden elegir, si así lo desean, un proveedor de cuidado de la salud de la mujer mediante un referido de su proveedor de cuidado primario. Tener o elegir tal proveedor no es obligatorio, pero la opción está disponible. Si un miembro recibe servicios por medio de un médico o proveedor de cuidado de la salud que no sea su proveedor de cuidado primario o proveedor de cuidado de la salud de la mujer, y si dichos servicios no hubieran sido ordenados por este último y no fuesen autorizados por el plan de salud, no serán cubiertos, excepto en el caso de una verdadera emergencia. Los miembros pueden cambiar de proveedor de cuidado primario o proveedor de cuidado de la salud de la mujer llamando a Servicios a Miembros o presentando los formularios requeridos, según corresponda, de conformidad con los procedimientos del plan de salud.

A excepción de los servicios de planificación familiar y los casos de emergencia, un miembro debe recibir los servicios cubiertos de proveedores participantes incluidos los servicios médicos, quirúrgicos, de diagnóstico, terapéuticos y preventivos según lo establecido en el Adjunto A, siempre que se consideren médicamente necesarios y que sean proporcionados, prescritos, indicados u ordenados por el proveedor de cuidado primario de un miembro o por su WHCP, dentro del alcance de la práctica, la experiencia y la capacitación de dicho médico y, si corresponde, que sean autorizados de forma prospectiva y oportuna por el director médico del plan de salud. Un miembro puede recibir servicios de planificación familiar cubiertos de parte de cualquier proveedor actualmente afiliado como tal en el Programa de Asistencia Médica que provea los servicios cubiertos. Servicios de planificación familiar obtenidos de proveedores no participantes están cubiertos por HFS.

Cuando un proveedor de cuidado primario, un WHCP u otro proveedor participante, mediante un referido del proveedor de cuidado primario, determinen que los servicios son médicamente necesarios y recomienden un tratamiento, si el plan de salud establece que existe un segundo tratamiento médicamente equivalente o sustancialmente equivalente de conformidad con las pautas y/o protocolos clínicos generalmente aceptados, el plan tendrá el derecho, a su criterio, de cubrir únicamente los servicios o beneficios menos costosos en lugar de aquellos que de otro modo estarían cubiertos o disponibles conforme al contrato. Esto se aplica independientemente de que los servicios o beneficios menos costosos estuviesen o no cubiertos de otro modo. Esto significa, por ejemplo, que si el cuidado como paciente internado en un centro de enfermería especializada y el cuidado de enfermería en el hogar en forma intermitente y a tiempo parcial resultaran médicamente apropiados, pero la primera opción fuese menos costosa, el plan de salud podrá limitar la cobertura al cuidado como paciente internado. Asimismo, el plan de salud puede limitar la cobertura al cuidado como paciente internado, incluso si ello significa extender el beneficio de paciente internado con respecto a lo establecido en este Certificado.

Para que un tratamiento, servicio o suministro propuesto sea considerado un servicio cubierto, debe ser médicamente necesario (vea la Sección I, apartado T). Un tratamiento, servicio o suministro propuesto no es médicamente necesario ni se convierte en un servicio cubierto simplemente porque un médico o proveedor participante lo indique, ordene, recomiende o apruebe. Además, los requisitos de necesidad médica se aplican a todos los tratamientos, servicios o suministros cubiertos conforme a este Certificado, incluso aquellos que estén específicamente cubiertos por el plan de salud o que no estén expresamente excluidos. Por consiguiente, un tratamiento, servicio o suministro propuesto no será considerado un servicio cubierto cuando no resulte médicamente necesario, aunque no esté específicamente listado como una exclusión y/o esté expresamente considerado en el Adjunto A.

Un miembro no obtendrá un interés adquirido en ningún servicio cubierto simplemente en virtud de que haya comenzado a recibir ese servicio cubierto. El plan de salud puede modificar o cancelar este Contrato según lo establecido en el presente y el miembro no tendrá un derecho adquirido en la cobertura continuada conforme a este Contrato o con respecto a ningún servicio cubierto.

El plan de salud no cubrirá los servicios prestados a un miembro si este consulta a un profesional de salud sin un referido de su proveedor de cuidado primario o si no ha sido autorizado por el plan de salud, excepto en una emergencia.

SECCIÓN II

BENEFICIOS Y COBERTURAS

Los beneficios conforme a este Certificado tienen como fin ser equivalentes a los cubiertos de acuerdo con al Programa de Asistencia Médica, a menos que se establezca expresamente otra cosa en coherencia con el Contrato.

Para que un servicio sea un servicio cubierto, debe ser médicamente necesario, realizado, prescrito, dirigido u ordenado por el proveedor de cuidado primario de un miembro y autorizado por el plan de salud.

A. Servicios de médicos

1. Servicios de médicos participantes. Servicios médicamente necesarios recibidos en el consultorio del proveedor de cuidado primario o WHCP, o en el consultorio de un especialista participante.
2. Servicios quirúrgicos. Servicios quirúrgicos médicamente necesarios recibidos en un hospital participante, establecimiento quirúrgico para pacientes ambulatorios de un hospital participante, centro quirúrgico para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un proveedor participante (cuando resulte médicamente apropiado), incluidos los asistentes quirúrgicos cuando sean médicamente necesarios y los servicios también médicamente necesarios de un anestesista, proporcionados en relación con los servicios quirúrgicos. La cirugía reconstructiva incidental a una mastectomía está cubierta, siempre que la mastectomía haya sido realizada después del 1 de julio de 1981. A los fines de este

contrato, “mastectomía” se refiere a la extracción de toda la mama o parte de ella por razones médicamente necesarias, según lo determinado por un médico participante.

3. Servicios profesionales en hospital. Servicios médicamente necesarios proporcionados por un médico participante para visitas, exámenes y consultas, cuando el miembro es un paciente que recibe servicios cubiertos como paciente internado en un hospital participante o un centro de enfermería especializada participante.
4. Servicios en el hogar. Servicios médicamente necesarios proporcionados en el hogar del miembro por parte de un médico participante, si este último determina que el miembro está demasiado enfermo o incapacitado para ser visto durante el horario de atención regular en el consultorio del médico.

B. Servicios de hospital para pacientes internados

1. Internaciones en una habitación semiprivada de un hospital, con comidas y cuidado de enfermería general; una habitación privada cuando resulte médicamente necesario y así sea ordenado por un médico participante y aprobado por el plan de salud.
2. Dietas especiales y servicios de dietista cuando sean médicamente necesarios.
3. Uso de quirófano e instalaciones relacionadas, así como de salas de tratamiento especializado.
4. Unidad y servicios de cuidado intensivo.
5. Servicios de anestesia y oxígeno.
6. Suministros quirúrgicos y de anestesia proporcionados por el hospital como un servicio regular.
7. Dispositivos de implante quirúrgico y suministros utilizados por un miembro mientras es un paciente internado.
8. Servicios de hospital adicionales, como laboratorio, patología, radiología, terapia de radiación, terapia de inhalación y respiratoria, sean o no proporcionados por un médico o proveedor participantes.
9. Drogas, medicamentos y productos biológicos, cuando sean recetados para su uso como paciente internado.
10. Servicios de transfusión de sangre, incluida la administración de sangre entera, productos de la sangre (componentes y derivados de la sangre) y plasma sanguíneo. Extracción y almacenamiento de sangre autóloga, si son médicamente necesarios para una internación específica y planificada en un hospital.

11. Servicios de diagnóstico y terapéuticos.
12. Servicios coordinados de planificación de alta, incluida la planificación del cuidado continuo que sea médicamente necesario.
13. Procedimientos de trasplante de órganos utilizando un proveedor de trasplantes certificado por HFS. La Oficina de Evaluación de Tecnología de Cuidado de la Salud, que forma parte de la Agencia para Política e Investigación de Cuidado de la Salud perteneciente al Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos, será consultada para responder una solicitud de determinación dentro de los noventa (90) días, ya sea cuando se trate de un procedimiento de carácter experimental o de investigación, o cuando existan datos o experiencia insuficientes para determinar si un procedimiento de trasplante de órgano es clínicamente aceptable.
14. Cuidado posterior al alumbramiento, consistente en cuidado como pacientes internados para la madre y el recién nacido durante al menos cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal, o noventa y seis (96) horas después de un parto por cesárea; se hace la salvedad de que la internación en hospital como paciente internado puede ser más breve si el médico participante del miembro determina, de conformidad con los protocolos y pautas desarrollados por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos o la Academia Americana de Pediatría, que la madre y el recién nacido satisfacen las pautas correspondientes para una internación más breve basándose en la evaluación de ambos. En caso de que la internación sea más breve, se cubrirá una visita al consultorio del médico o bien una visita de una enfermera al hogar, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores al alta.
15. Cobertura como paciente internada para el cuidado posterior a una mastectomía, mediante una internación cuya duración debe ser determinada por el médico participante del miembro como médicamente necesaria, de conformidad con protocolos y pautas basados en pruebas científicas establecidas y mediante una evaluación realizada al miembro. Si fuera médicamente necesario, también se cubrirá una visita al consultorio del médico o bien una visita de una enfermera al hogar para verificar la condición del miembro dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores al alta.

C. Servicios de pruebas de diagnóstico y laboratorio

Servicios de diagnóstico, incluidos los servicios de laboratorio de diagnóstico, servicios de imágenes y servicios radiológicos de diagnóstico y terapéuticos.

D. Terapia de rehabilitación a corto plazo

Para cada condición aguda o complejo de condiciones agudas interrelacionadas (problemas y/o sitios múltiples en la misma región del cuerpo) que se relacionen con el mismo evento causal agudo, excluidas las condiciones para las cuales se hayan proporcionado servicios de rehabilitación anteriormente, se proveerán servicios de terapia de rehabilitación a corto

plazo (según se define en la Sección I, apartado CC) médicamente necesarios limitados a terapia de rehabilitación del habla, terapia física y terapia ocupacional para condiciones agudas, dirigidas a mejorar la funcionalidad física cuando sean ordenados por el proveedor de cuidado primario del miembro y aprobados por el director médico del plan de salud con anticipación y oportunamente.

E. Servicios de cuidado de la salud en el hogar

Servicios de cuidado de la salud en el hogar médicamente necesarios, de tiempo parcial e intermitentes, proporcionados por un proveedor participante, cuando el miembro esté confinado en su hogar por razones médicas, en las oportunidades y en la medida indicadas por un médico participante de conformidad con un plan de tratamiento de cuidado de la salud en el hogar y con la autorización del plan de salud. Estos servicios de cuidado de la salud en el hogar incluyen:

1. Servicios de enfermería especializada proporcionados por una enfermera registrada o una enfermera vocacional con licencia.
2. Servicios de asistencia de la salud en el hogar bajo la supervisión de una enfermera registrada, excluidos los servicios de comidas, cuidado de niños, cuidado diurno en el hogar y tareas domésticas.
3. Terapia física, ocupacional o del habla, sujeta a las limitaciones indicadas en la Sección II, apartado D, Terapia de rehabilitación a corto plazo, Adjunto A.
4. Servicios de laboratorio indicados por un médico participante y administrados por un proveedor participante, en la medida en que hubieran sido servicios cubiertos si el miembro hubiese permanecido en el hospital o en un centro de enfermería especializada.

F. Centros de enfermería especializada y de cuidado intermedio

Servicios de enfermería especializada o de cuidado intermedio no agudos y médicamente necesarios en un centro de enfermería especializada o centro de cuidado inmediato (o cuidado equivalente proporcionado en el hogar por no disponerse de un centro de enfermería especializada) que sea un proveedor participante, hasta un máximo de noventa (90) días en cualquier año del Contrato, en la medida de lo indicado por un médico participante y según lo autorizado por el plan de salud. Incluyen alojamiento y comida en habitaciones semiprivadas, cuidado de enfermería general y terapia de rehabilitación a corto plazo médicamente necesaria, sujeta a las limitaciones indicadas en el Adjunto A, Sección II, apartado D. Los períodos que excedan los noventa (90) días por año de contrato serán cubiertos por el Departamento de acuerdo con su sistema de reembolso en vigor y según las leyes y reglamentaciones aplicables. Sin embargo, no se cubre el cuidado de custodia o domiciliario en un centro de enfermería especializada u otro centro.

G. Servicios preventivos de la salud

1. Evaluaciones periódicas de la salud. Evaluaciones de la salud desde el nacimiento, a cargo del proveedor de cuidado primario del miembro, que incluyen:
 - a) exámenes físicos periódicos;
 - b) exámenes de diagnóstico de la audición y la visión, según lo establecido en el Adjunto A, Sección II, apartado G, punto 5, más abajo;
 - c) pruebas de rutina y exámenes de diagnóstico de laboratorio, según lo establecido en la Sección C de este Adjunto A;
 - d) pruebas de presión arterial;
 - e) examen pélvico, según lo establecido en el Adjunto A, Sección II, apartado G, punto 2, más abajo;
 - f) mamografía, según lo establecido en el Adjunto A, Sección II, apartado G, punto 4, más abajo; y
 - g) Servicios de EPSDT, según lo establecido en el Adjunto A, Sección II, apartado G, punto 9, más abajo.
2. Exámenes periódicos de Papanicolaou, de mamas y pélvico. Los miembros de sexo femenino pueden recibir anualmente un examen de Papanicolaou, de mamas y pélvico, incluidas pruebas citológicas cervicales. Estos exámenes pueden ser realizados por su proveedor de cuidado primario o WHCP, a opción del miembro, y no requieren referidos del plan de salud.
3. Inmunizaciones. Los miembros adultos pueden recibir inmunizaciones según lo recomendado por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y de acuerdo con lo indicado por su proveedor de cuidado primario. Los niños que sean miembros, pueden recibir inmunizaciones de conformidad con las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría, y según lo indicado por su proveedor de cuidado primario. No se cubren las inmunizaciones principalmente por conveniencia personal del miembro, éstas incluyen, pero no se limitan a, motivos de viaje, estudios (para miembros adultos), trabajo (para miembros adultos) o fines recreativos.
4. Mamografía. Los miembros de sexo femenino pueden recibir una mamografía con fines de diagnóstico o control mediante un referido de su proveedor de cuidado primario o WHCP y según lo establecido en el presente documento. Una mamografía con dosis baja de radiación para la detección de cáncer de mama para los miembros de sexo femenino de 35 años de edad en adelante, se cubre de la siguiente manera:

- a) Una mamografía con fines de referencia para las mujeres de 35 a 39 años de edad.
- b) Una mamografía anual para las mujeres de 40 años de edad en adelante.
- c) Según las indicaciones médicas para mujeres con antecedentes personales o familiares.

A los fines de esta Sección únicamente, el término “mamografía con dosis baja de radiación” se refiere al examen radiológico de mamas usando equipos dedicados específicamente a mamografía, incluido el tubo de rayos X, filtro, dispositivo de compresión y receptor de imágenes, con una entrega de exposición a radiación inferior a un (1) rad por mama para obtener dos (2) vistas de una mama de tamaño medio.

- 5. Exámenes de diagnóstico de la visión y la audición. Exámenes de diagnóstico de la visión y la audición para miembros, con el fin de determinar la necesidad de corregir problemas visuales y auditivos, según lo determinado por su proveedor de cuidado primario.
- 6. Enfermedades de transmisión sexual. Pruebas de enfermedades de transmisión sexual, realizadas por intermedio del proveedor de cuidado primario del miembro.
- 7. Servicios de educación sobre la salud. Los miembros pueden recibir servicios y/o materiales de educación sobre la salud de parte del plan de salud o de su proveedor de cuidado primario, incluyendo:
 - a) información con respecto al comportamiento de salud y cuidado de la salud personal, e instrucciones para lograr y mantener la salud física y mental, así como para prevenir enfermedades y lesiones;
 - b) información y recomendaciones con respecto al uso óptimo de los servicios de cuidado de la salud proporcionados por el plan de salud o por organizaciones de cuidado de la salud afiliadas al plan; e
 - c) información con respecto a agencias de servicio (los servicios de dichas agencias no están cubiertos), incluidas agencias de adopción, servicios médicos sociales, y servicios adicionales para el tratamiento por abusos o adicciones relacionados con alcohol y drogas.
- 8. Circuncisiones realizadas dentro de las seis (6) primeras semanas del nacimiento, y circuncisiones realizadas posteriormente si son médicamente necesarias.
- 9. Servicios de EPSDT. Los miembros menores de veintiún (21) años son elegibles para recibir servicios del Programa de Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Precoces y Periódicos (EPSDT), incluidos exámenes de diagnóstico e inmunizaciones, de conformidad con el Programa de Asistencia Médica. Los miembros menores pueden recibir servicios cubiertos para tratar una condición cubierta detectada por los servicios

de EPSDT, de conformidad con los protocolos de administración de utilización y aseguramiento de la calidad (UM/QA) del plan de salud. Las pruebas psicológicas realizadas por un proveedor participante a un miembro menor del plan es un servicio cubierto cuando son ordenadas por el proveedor de cuidado primario del miembro y autorizadas por el plan de salud, de conformidad con los protocolos de administración de utilización y aseguramiento de la calidad.

10. Pruebas de antígeno prostático específico (PSA). A menos que el Departamento o la División de Seguros de Illinois dispongan otra cosa, o que introduzcan una modificación o revisión, los miembros de sexo masculino de cincuenta (50) años en adelante, afroamericanos de cuarenta (40) años en adelante y los miembros de sexo masculino con antecedentes familiares de cáncer de próstata de cuarenta (40) años en adelante, pueden recibir anualmente un examen rectal digital y una prueba de antígeno prostático específico (PSA) por recomendación de su proveedor de cuidado primario.
11. Examen de diagnóstico de cáncer colorrectal. A menos que el Departamento o la División de Seguros de Illinois dispongan otra cosa, o que introduzcan una modificación o revisión, los miembros de cincuenta (50) años en adelante o de al menos treinta (30) años de edad clasificados con alto riesgo de cáncer colorrectal debido a que el miembro o un familiar de primer grado tienen antecedentes de esta enfermedad, son elegibles para recibir cada tres (3) años un examen de diagnóstico de cáncer colorrectal con sigmoidoscopia o prueba de sangre oculta en materia fecal.
12. Autocontrol y capacitación para la diabetes. A menos que el Departamento o la División de Seguros de Illinois dispongan otra cosa, o introduzcan una modificación o revisión, los miembros con diagnóstico de diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 o diabetes mellitus gestacional son elegibles para recibir capacitación y educación de autocontrol de la diabetes. El término “capacitación en autocontrol de la diabetes” se refiere a la instrucción en un entorno de paciente ambulatorio, que permite a un paciente diabético comprender el proceso de control de la diabetes y la administración diaria de la terapia antidiabética como medio para evitar la hospitalización y las complicaciones frecuentes. La capacitación en autocontrol de la diabetes incluye las áreas de contenido listadas en las Normas Nacionales para los Programas de Educación de Autocontrol de la Diabetes, según las publicaciones de la Asociación Americana de la Diabetes, incluida la terapia de nutrición médica.

Se proveerá cobertura de los siguientes equipos cuando estos sean médicamente necesarios e indicados por el proveedor de cuidado primario del miembro:

- (1) monitores de glucosa en sangre;
- (2) monitores de glucosa en sangre para personas consideradas ciegas conforme a la ley;
- (3) cartuchos para personas consideradas ciegas conforme a la ley; y
- (4) lancetas y dispositivos de punción.

Se proveerá cobertura de los siguientes productos y suministros farmacéuticos cuando sean médicamente necesarios e indicados por el proveedor de cuidado primario del miembro:

- (1) insulina;
- (2) jeringas y agujas;
- (3) tiras reactivas para monitores de glucosa;
- (4) agentes orales aprobados por la FDA para controlar el nivel de azúcar en la sangre; y
- (5) kits de emergencia de glucagón.

Se proporcionará cobertura de los exámenes regulares de cuidado de los pies por parte de un médico participante.

Si así lo autoriza un médico participante, la capacitación en autocontrol de la diabetes puede ser proporcionada como parte de una visita al consultorio, en un entorno grupal o en una visita al hogar.

H. Cuidado del embarazo, maternidad y cuidado del recién nacido

Cuidado prenatal, procedimientos de diagnóstico prenatales en casos de embarazo de alto riesgo, salas de trabajo de parto y alumbramiento, parto, procedimientos especiales como cesárea, anestesia, cuidado de preparto y posparto, cuidado posnatal para recién nacidos y servicios para cualquier condición resultante del embarazo o del alumbramiento, así como cualquier complicación de éstos. La cobertura, los beneficios y los servicios para bebés recién nacidos incluyen enfermedades, lesiones, defectos congénitos, anomalías de nacimiento y nacimiento prematuro.

I. Servicios de planificación familiar

Los servicios y asesoramiento de planificación familiar están cubiertos y disponibles, según se indica más abajo, si son indicados por su proveedor de cuidado primario o WHCP y si son autorizados, si corresponde. Estos servicios incluyen información, examen físico y asesoramiento durante una visita, un examen físico anual por motivos de planificación familiar, prueba de embarazo, esterilización voluntaria, las pruebas de laboratorio y de diagnóstico relacionadas, e instrucción y servicios de asesoramiento médico en cuestiones de planificación familiar, incluido el uso de dispositivos y medicamentos anticonceptivos. Se cubren los medicamentos anticonceptivos, los dispositivos anticonceptivos y los servicios de médicos para inserción y extracción de un dispositivo intrauterino (IUD). Los servicios de planificación familiar también pueden recibirse fuera de la red, sin un referido. Los servicios de planificación familiar recibidos fuera de la red son cubiertos por HFS.

J. Servicios de emergencia

1. Cuidado médico y notificación. Se dispone de cuidado médico por medio de los médicos participantes los siete (7) días de la semana, durante las veinticuatro (24) horas del día. Si una lesión o enfermedad requiere servicios de emergencia, el miembro debe notificar a su proveedor de cuidado primario o al plan de salud dentro de las veinticuatro (24) horas luego de una internación de emergencia, o dentro de las veinticuatro (24) horas después de que el miembro esté en condiciones de notificar al plan. La definición de emergencia se incluye en la Sección I, apartado J mencionada anteriormente. Cuando resulte apropiado, los servicios de emergencia incluirán servicios para pacientes internados según sean necesarios para estabilizar al miembro. Si ocurre una emergencia, el miembro debe dirigirse de inmediato al departamento de emergencias del hospital más cercano y notificar a su proveedor de cuidado primario tan pronto como sea posible. El cuidado médico para emergencias incluye los servicios del departamento de emergencias de un hospital, servicios para pacientes internados, visitas como pacientes ambulatorios y referidos para problemas de emergencia relacionados con la salud mental.
2. Servicios médicos posteriores a la estabilización. Los servicios médicos posteriores a la estabilización, que de otro modo estarían cubiertos si fuesen proporcionados por un proveedor participante, se cubrirán cuando sean proporcionados por un proveedor no participante si se cumplen las siguientes condiciones:
 - (a) el proveedor no participante ha obtenido aprobación del plan de salud para proporcionar dichos servicios; o
 - (b) el proveedor no participante trató de buena fe de comunicarse con el plan de salud en dos (2) oportunidades y éste no respondió o no denegó esos servicios dentro de una (1) hora luego de que el proveedor no participante intentó comunicarse con el plan.
3. Servicios de ambulancia de emergencia. En una emergencia, los miembros pueden recibir servicios de ambulancia médicamente necesarios para transportarlos al departamento de emergencias del hospital más cercano. En este caso, no se requiere una orden del proveedor de cuidado primario ni una autorización del plan de salud. Los servicios de ambulancia aérea se cubren hasta el costo de los servicios de ambulancia terrestre por un nivel de cuidado similar y una distancia de viaje similar.
4. Pago. El pago de los servicios de los proveedores no participantes estará sujeto a los cargos de HFS Medicaid por dichos servicios, según se los define en este documento. A excepción de circunstancias atenuantes, todas las reclamaciones que puedan haber sido pagadas por el miembro en concepto de servicios de emergencia o servicios médicos de postestabilización, ya sea por servicios de un médico o de un hospital, deben ser presentadas al plan de salud en un plazo de noventa (90) días de la fecha del servicio para que esos gastos se consideren a los fines de su reembolso.

5. Cuidado de seguimiento. El cuidado de seguimiento se cubrirá únicamente cuando (a) sea proporcionado al miembro por un proveedor participante; (b) se determine que es médicamente necesario; y (c) sea ordenado por el proveedor de cuidado primario del miembro.

K. Servicios de ambulancia o de transporte médico sin carácter de emergencia

De conformidad con la política de transporte del plan de salud, los servicios de ambulancia o de transporte médico para miembros que no sean médicamente necesarios, desde el consultorio de un proveedor participante o no participante y entre centros médicos, cuando sean médicamente necesarios y hayan sido indicados por un médico participante y autorizados por el plan de salud.

L. Pruebas de alergia

Pruebas de alergia cuando sean médicamente necesarias, indicadas por un médico participante y autorizadas por el plan de salud.

M. Servicios de cirugía oral

Servicios de cirugía oral médicamente necesarios proporcionados por un cirujano odontológico que sea un proveedor participante, mediante un referido de un médico participante y con la autorización del plan de salud. Estos servicios están limitados a procedimientos quirúrgicos orales no dentales para el tratamiento de lesiones o fracturas agudas de los huesos faciales (incluidos los huesos de la mandíbula, pero sin incluir tratamiento o reemplazo de dientes u otro cuidado dental excluido), y el tratamiento de enfermedades neoplásicas de la cara, los huesos faciales o la boca. El tratamiento de la disfunción articular temporomandibular no es un servicio cubierto, excepto cuando sea médicamente necesario para tratar un trauma o tumor de la articulación temporomandibular.

N. Dispositivos de ortopedia y prótesis

a) Los dispositivos ortopédicos médicamente necesarios están limitados a:

- i. aparatos para problemas que requieran inmovilización completa o apoyo o, si los aparatos son a medida o tienen una barra rígida o soportes de talón y puntales planos de acero;
- ii. férulas;
- iii. dispositivos para trastornos congénitos; y
- iv. dispositivos postoperatorios y perioperatorios;

cuando sean ordenados por el proveedor participante del miembro y autorizados por el plan de salud. Todos los otros dispositivos ortopédicos quedan específicamente excluidos, excepto que en este Certificado se establezca expresamente otra cosa.

- b) Los dispositivos prostéticos médicamente necesarios, es decir, aquellos requeridos para sustituir partes u órganos faltantes del cuerpo o no funcionales, a excepción de los específicamente excluidos en este Adjunto, están limitados a los dispositivos y/o aparatos iniciales que no sean experimentales y no tengan carácter de investigación, proporcionados al miembro en relación con una enfermedad o lesión, así como al ajuste de un dispositivo prostético inicial cuando sea ordenado por el médico participante que esté tratando al miembro.

O. Servicios fuera del área

Servicios cubiertos médicamente necesarios proporcionados por proveedores no participantes fuera del área de servicio del plan de salud, pero exclusivamente como se especifican más abajo. Los pagos de dichos servicios por parte del plan de salud se limitan a los cargos que no exceden las tarifas de reembolso del Departamento.

Si un miembro sufre una lesión o enfermedad repentina que requiere cuidado de emergencia mientras está temporalmente fuera del área de servicio, debe recibir cuidado de emergencia en el centro médico o departamento de emergencias más cercano. Los servicios de emergencia cubiertos incluyen servicios de ambulancia y de emergencia en un hospital médicamente necesarios. Si el miembro es admitido como paciente internado, debe solicitar al hospital que notifique al plan de salud tan pronto como sea posible, pero sin exceder veinticuatro (24) horas. El tratamiento continuado o de seguimiento por parte de proveedores no participantes para lesiones accidentales o enfermedades de emergencia se limita a los servicios médicamente necesarios requeridos antes de que el miembro pueda regresar al área de servicio, cuando sea médicamente apropiado.

Si el miembro se ve obligado por el proveedor del servicio a pagar servicios fuera del área médicamente necesarios debe, a excepción de circunstancias atenuantes, presentar al plan de salud todos los recibos de gastos de bolsillo en un plazo de noventa (90) días de la fecha del servicio para que esos gastos se consideren a los fines de su reembolso.

La necesidad de contar con servicios médicos relacionados con el embarazo, incluido el cuidado prenatal de rutina o el parto, de un miembro de sexo femenino que se traslade fuera del área de servicio durante el tercer trimestre de embarazo contra el consejo médico, no se considerará una emergencia, excepto cuando dicha persona se encuentre fuera del área de servicio por circunstancias ajenas a su control.

P. Servicios de salud mental

1. Servicios de salud mental y de abuso de sustancias para pacientes internados. Se cubren servicios de salud mental y de abuso de sustancias para pacientes internados sin carácter de emergencia que sean médicamente necesarios, cuando éstos sean autorizados con anticipación por el plan de salud, que exige a los proveedores participantes completar una evaluación de salud del comportamiento.

2. Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios. Se cubren los servicios de salud mental individuales para pacientes ambulatorios sin carácter de emergencia, que sean médicamente necesarios y que cumplan fines de evaluación o constituyan un tratamiento a corto plazo o una intervención en crisis, cuando éstos sean autorizados con anticipación por el plan de salud, que exige a los proveedores participantes completar una evaluación de salud del comportamiento.

Además, los servicios de emergencia médicamente necesarios no requieren la autorización anticipada del plan de salud.

Q. Desintoxicación y tratamiento de alcoholismo y abuso de drogas

1. Cuidado de paciente internado. El tratamiento médico como paciente internado por desintoxicación o complicaciones médicas de abuso de drogas y alcohol, cuando sea determinado médicamente necesario por el proveedor de cuidado primario del miembro y aprobado con anticipación por el plan de salud, es un beneficio cubierto. Además, los servicios de rehabilitación de pacientes internados por abuso de alcohol o drogas se limitan, en el caso de los adultos, a treinta (30) días por año calendario. No se aplica ninguna limitación a los servicios de rehabilitación para pacientes internados por abuso de alcohol o drogas en el caso de miembros menores de veintiún (21) años que los utilicen como un beneficio de EPSDT o mujeres embarazadas inscritas en el plan. En lugar de servicios de hospital para pacientes internados, puede utilizarse la modalidad de tratamiento de cuidado en un hospital para pacientes externos, en un centro residencial no hospitalario o en una unidad de tratamiento intensivo como paciente ambulatorio, sobre una base de “dos por uno”, según lo considere apropiado el proveedor de cuidado primario del miembro. Por consiguiente, la cantidad de días restantes anuales como paciente internado para la cual un miembro sea elegible se reducirá en medio día por cada día en que el miembro esté inscrito en un hospital para pacientes externos, en un centro residencial no hospitalario o en una unidad de tratamiento intensivo como paciente ambulatorio, de conformidad con la determinación de adecuación por parte del proveedor de cuidado primario del miembro.
2. Tratamiento para pacientes ambulatorios. El tratamiento médico de desintoxicación o por complicaciones médicas de abuso de drogas y alcohol como paciente interno, cuando sea determinado médicamente necesario por el médico de cuidado primario del miembro y aprobado con anticipación por el plan de salud, es un beneficio cubierto. Además, el asesoramiento médicamente necesario para pacientes ambulatorios por abuso de alcohol y drogas, si es apropiado con fines de evaluación, intervención en crisis o tratamiento a corto plazo, es un servicio cubierto y se limita a veinticinco (25) horas por año calendario. En lugar de visitas de cuidado individual como paciente ambulatorio, pueden utilizarse visitas de cuidado grupal como paciente ambulatorio sobre una base de “dos por uno”, según lo considere apropiado el proveedor de cuidado primario del miembro. Por consiguiente, la cantidad de visitas restantes anuales de asesoramiento individual como paciente ambulatorio para la cual un miembro sea

elegible se reducirá en media visita por cada visita grupal como paciente ambulatorio que el miembro reciba, de conformidad con la determinación de adecuación por parte del proveedor de cuidado primario del miembro. No se aplica ninguna limitación al asesoramiento en el caso de miembros menores de veintiún (21) años que lo utilicen como un beneficio de EPSDT o de mujeres embarazadas que sean miembros del plan. Los servicios para pacientes ambulatorios deben ser proporcionados por un proveedor participante.

3. Los servicios cubiertos que excedan estas limitaciones serán responsabilidad del Departamento.

R. Agresión o abuso sexual

Todo examen, tratamiento o prueba de una víctima de agresión o abuso sexual, o de cualquier tentativa de agresión o abuso sexual, estará íntegramente cubierto. Se entiende por agresión o abuso sexual cualquier ofensa, según lo definido en las Secciones 12-13 a 12-16 del Código Penal de Illinois, y sus enmiendas.

S. Equipo médico no descartable

Los equipos médicos no duraderos reciben cobertura cuando son autorizados por un proveedor de cuidado primario y aprobados por el plan de salud. Estos equipos incluyen, pero no se limitan a, sillas de ruedas estándar, andadores, muletas, equipos de tracción, camas estándar de hospital, oxígeno y el equipo para su administración.

T. Servicios cubiertos enumerados

En la medida en que no se hayan identificado anteriormente, los siguientes servicios enumerados se incluirán como servicios cubiertos conforme a este Certificado y serán proporcionados a los miembros toda vez que sean médicamente necesarios:

- Dispositivos de comunicación alternativa y aumentativa;
- Servicios de audiología, terapia física, ocupacional y del habla;
- Servicios de salud de comportamiento (para pacientes internados y ambulatorios), incluidos los servicios subagudos por abuso de alcohol y sustancias, y los servicios de salud mental;
- Sangre, componentes de la sangre y su administración;
- Servicios en hospicio certificado;
- Servicios quiroprácticos;
- Servicios de clínica (como se describe en el Código Adm. 89 de Ill., Parte 140.460);

- Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas de los ojos proveídos por un médico;
- Equipos y suministros médicos duraderos y no duraderos;
- Servicios de emergencia;
- Servicios de planificación familiar;
- Servicios de cuidado de la salud en el hogar;
- Servicios de hospital para pacientes internados (incluida la hospitalización dental en caso de traumatismo, o cuando estén relacionados con una condición médica incluida una desintoxicación médica);
- Servicios de laboratorio y radiografías;
- Procedimientos médicos realizados por un dentista;
- Servicios de parteras enfermeras;
- Servicios de centros de enfermería durante los primeros noventa (90) días;
- Dispositivos protésicos y ortopédicos, incluidos los dispositivos protésicos y la cirugía reconstructiva incidentales a una mastectomía;
- Servicios de hospital para pacientes ambulatorios;
- Servicios de médicos, incluido el cuidado psiquiátrico;
- Servicios de podiatría;
- Productos farmacéuticos provistos por una entidad que no sea una farmacia;
- Servicios de EPSDT;
- Servicios para prevenir enfermedades y promover la salud, de conformidad con la subsección (d) de este documento;
- Trasplantes cubiertos conforme al Código Adm. 89 de Ill., 148.82 (utilizando proveedores de trasplantes certificados por el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios para la Familia de Illinois, si el procedimiento se realiza en el estado); y
- Transporte a lugares donde se proporcionen servicios cubiertos, incluido el transporte de hermanos acompañantes, a citas del programa WIC, a visitas ilimitadas para uso de equipo médico no descartable (DME) y a visitas a familiares internados.

- Copagos facturados por farmacias participantes por servicios de farmacia cubiertos por el Programa de Asistencia Médica de Illinois.
- Servicios dentales seleccionados para adultos de 21 años de edad en adelante:
 - i. Evaluación oral periódica (1 por año)
 - ii. Profilaxis para adultos (1 por año)
- Artículos de cuidado personal Harmony +10
- Cuidado de maternidad y kit de lactancia del programa HUGS
- Healthy Kids Club para niños de 5 a 10 años
- Asistencia telefónica de línea de enfermería después del horario de atención
- Otros servicios que el plan puede cubrir mediante solicitud, según lo aprobado por HFS.

Todo servicio que se haya pagado o que sea pagadero conforme a cualquier otro plan de salud o seguro de salud del cual un miembro reciba cobertura es siempre preliminar a esta cobertura, pues al igual que el Programa de Asistencia Médica, esta cobertura es siempre la cobertura de último recurso.

SECCIÓN III

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

A. Exclusiones

Los beneficios conforme a este Certificado tienen como fin ser equivalentes a los cubiertos de acuerdo con el Programa de Asistencia Médica, a menos que se establezca expresamente otra cosa en coherencia con el Contrato. Las exclusiones y los beneficios son coherentes con el programa de cargos establecido por el Programa de Asistencia Médica para el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois.

Los siguientes servicios y beneficios no estarán incluidos como servicios cubiertos:

1. Servicios dentales, a excepción de lo siguiente:
 - Servicios dentales seleccionados, según lo aprobado por HFS, para adultos de 21 años de edad en adelante;
 - Hospitalización dental en caso de traumatismo (para todos los miembros); o
 - Cuando el plan de salud lo determine médicamente necesario (para miembros de hasta 20 años de edad).

2. Servicios de optometría.
3. Servicios de farmacia, a excepción de la cobertura de copagos por servicios de farmacia cubiertos conforme al Programa de Asistencia Médica.

El plan de salud referirá a los miembros a HFS para que reciban tales servicios. Consulte la Sección XII para una lista completa de exclusiones.

B. Limitaciones

1. Limitaciones generales. En caso de que, debido a circunstancias ajenas al control del plan de salud que incluyen, pero no se limitan a, un desastre mayor, epidemia, destrucción completa o parcial de instalaciones, tumulto, insurrección civil, discapacidad de una parte considerable del personal del proveedor participante o causas similares, la prestación de servicios profesionales o de hospital establecida conforme a este Certificado se viera demorada o se tornara impráctica, el plan de salud tratará de buena fe de coordinar un método alternativo para proporcionar la cobertura. En tal caso, el plan de salud y los proveedores participantes prestarán los servicios profesionales y de hospital establecidos conforme al Contrato en la medida en que ello resulte práctico y de acuerdo con su mejor criterio; sin embargo, si dicha demora u omisión fuera causada por un evento como los mencionados anteriormente, el plan de salud y los proveedores participantes no incurrirán en ninguna responsabilidad u obligación por demoras u omisión en proporcionar o coordinar los servicios.
2. Cuidado fuera del área. Los beneficios y servicios fuera del área están limitados a situaciones en las que el cuidado se requiera de forma inmediata e imprevista; no se cubre el cuidado electivo o especializado requerido como resultado de circunstancias que pudieran haberse previsto razonablemente antes de abandonar el área de servicio. Por ejemplo, la necesidad de contar con servicios médicos relacionados con el embarazo de un miembro de sexo femenino que se traslade fuera del área de servicio durante el tercer trimestre de embarazo contra el consejo médico, no se considerará una emergencia, excepto cuando dicha persona se encuentre fuera del área de servicio por circunstancias ajenas a su control. Sin embargo, se cubrirán fuera del área de servicio las complicaciones imprevistas del embarazo o el parto prematuro antes de que la paciente haya iniciado su tercer trimestre de embarazo.

El tratamiento continuado o de seguimiento para una situación de emergencia se limita al cuidado requerido antes de que el miembro pueda regresar al área de servicio sin padecer consecuencias médicamente perjudiciales o nocivas. En el resto de los casos, los beneficios de tratamiento continuado o de seguimiento se proveen exclusivamente dentro del área de servicio, sujetos a todas las disposiciones de este Certificado.

Los siguientes servicios y beneficios también estarán limitados como servicios cubiertos:

1. Los servicios de interrupción voluntaria del embarazo se proporcionan exclusivamente según lo permitido por la ley estatal y federal.
2. Los servicios de esterilización se proporcionan exclusivamente según lo permitido por la ley estatal y federal.

EL RESTO DE ESTA PÁGINA SE HA DEJADO INTENCIONALMENTE EN BLANCO.

ADJUNTO B

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE PROTESTA DE LOS MIEMBROS

Las resoluciones de cuestiones de apelación que afecten la salud de un miembro son tratadas en la Sección X, apartados C y D. Todas las demás consultas y quejas se manejarán oportunamente de conformidad con los procedimientos descritos en este Adjunto B. El plan de salud revisará estos procedimientos de protesta a intervalos razonables a los fines de su modificación. Toda modificación de estos procedimientos requiere el previo consentimiento por escrito del Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois y de la División de Seguros de Illinois. Todas las protestas deben presentarse primero al plan de salud, pero posteriormente pueden apelarse ante el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois.

La persona responsable de mantener los registros y supervisar el proceso de quejas y protestas es el Coordinador de Protestas. Para documentar las protestas presentadas, se mantendrá un conjunto específico de registros. Los registros incluirán lo siguiente: (1) la razón de la protesta; (2) una copia de la protesta y la fecha en que fue presentada; (3) la fecha y el resultado de todas las consultas, audiencias y conclusiones de las audiencias; (4) la fecha y las decisiones de cualquier procedimiento de apelación; (5) todas las solicitudes de documentos o registros necesarios para la resolución de la protesta; (6) toda la documentación de apoyo relevante recibida del plan o del miembro; y (7) la fecha y los procedimientos de cualquier litigio. El Coordinador de Protestas mantendrá estos registros en forma centralizada hasta tanto se resuelva la protesta y por un período de tres (3) años.

PASO 1:

El plan recomienda a cualquier miembro que tenga consultas o quejas con respecto a un asunto que surja de este Certificado, que se comunique con el Departamento de Servicios a Miembros del plan de salud (vea el Adjunto C) para procurar una resolución. Los empleados del plan de salud que manejan las protestas tienen autoridad para resolver la mayor parte de las cuestiones informales. El plan de salud cuenta con un proceso para manejar tanto protestas escritas como verbales. Este proceso requiere que la persona que primero recibe la queja documente la inquietud del miembro e intente resolverla sin solicitar al miembro que escriba o llame nuevamente, si ello fuera razonablemente posible. El plan de salud debe responder la consulta o queja del miembro en los siguientes plazos: (a) treinta (30) días a partir de recibir una protesta estándar; (b) tres (3) días hábiles a partir de recibir una consulta o queja urgente. Todas las quejas serán documentadas y señalarán la naturaleza general de la inquietud identificada.

PASO 2:

En caso de que el problema del miembro no haya sido resuelto en el primer nivel de protesta y el miembro continúe estando insatisfecho, se le indicará presentar una protesta escrita de segundo nivel al Comité de Protestas del plan de salud. Las protestas deben presentarse en un plazo de doce (12) meses a partir de la ocurrencia.

La protesta escrita deberá contener la siguiente información:

- 1) nombre, dirección y número de identificación del miembro;
- 2) un resumen de la protesta, todo contacto previo mantenido con el plan de salud y una descripción de la reparación que se pretende;
- 3) la firma del miembro; y
- 4) la fecha en que se firma la protesta.

La protesta escrita debe enviarse por correo a la siguiente dirección:

Harmony Health Plan of Illinois, Inc.
Attn: Grievance Committee
P.O. Box 31368
Tampa, FL 33631-3368

El Coordinador de Protestas acusará recibo de la protesta dentro de los diez (10) días hábiles a partir de recibirla. El Coordinador de Protestas programará una audiencia ante el Comité de Protestas y notificará al miembro por escrito sobre la fecha y el lugar de la audiencia. El Comité de Apelaciones y Protestas está integrado por personas designadas por el plan de salud para responder las protestas. El Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois puede exigir que uno de los miembros del Comité pertenezca al Departamento. El Comité estará compuesto por al menos veinticinco por ciento (25%) de miembros que sean consumidores.

La revisión de la determinación inicial y cualquier evidencia adicional presentada por el miembro en la audiencia dará lugar a una decisión en un plazo de treinta (30) días a partir de la audiencia del Comité. Sin embargo, el Comité dispondrá de catorce (14) días adicionales para informar una decisión si existe demora en obtener documentos o registros necesarios para resolver la protesta. Esto incluye, pero no se limita a, la recopilación de información adicional de parte de una fuente fuera del área.

El miembro tiene el derecho de asistir a los procedimientos formales del Comité y participar en ellos. Además, el miembro tiene el derecho a ser representado en dichos procedimientos formales del Comité por un representante autorizado de su elección. El Comité se reunirá en la oficina principal del plan de salud o en cualquier otra oficina designada a tal efecto por el plan, si la oficina principal no estuviese dentro de las cincuenta (50) millas de la dirección particular del miembro. En la medida que resulte razonable, el plan de salud brindará asistencia al miembro con el transporte a la reunión dentro del área de servicio, si el miembro no pudiese concurrir debido a falta de transporte y concurriría de otro modo. La solicitud del miembro en relación con la fecha y la hora de la reunión será debidamente considerada. Cuando se lleven a cabo los procedimientos formales del Comité, éste notificará al miembro sobre el nombre y la afiliación de los miembros del Comité que estén representando al plan de salud.

Toda documentación suministrada a los miembros del Comité también se pondrá a disposición del miembro con una anticipación no menor de cinco (5) días al procedimiento formal del Comité. El plan de salud no presentará ninguna evidencia sin que se haya concedido al miembro la oportunidad de estar presente. El plan de salud notificará al miembro por escrito sobre la determinación del Comité dentro de los cinco (5) días hábiles a partir de tal determinación. La notificación incluirá una declaración para informar al miembro que la decisión del Comité es el paso administrativo final del procedimiento de protestas del plan de salud. La notificación de la determinación del plan de salud en este paso 2 incluirá lo siguiente:

Notificación de disponibilidad del Departamento:

El Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois nos exige informarle que, si usted no está satisfecho con la determinación del Comité de protestas, puede solicitar una revisión por parte del Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois. Puede enviar su solicitud de revisión a: Illinois Department of Healthcare and Family Services, Bureau of Managed Care, Prescott E. Bloom Building, 201 S. Grand Avenue East, Springfield, Illinois 62763.

El Comité de Protestas no tiene autoridad para tramitar ninguna protesta que alegue o indique una potencial responsabilidad profesional, comúnmente conocida como “mala práctica”. Tampoco tiene autoridad para revertir, desestimar o de modo alguno modificar políticas establecidas por la Junta de Directores del plan de salud.

PASO 3:

Si el miembro no está satisfecho con la determinación del Comité de Protestas, puede solicitar una revisión del Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois. Puede enviar su solicitud de revisión a: Illinois Department of Healthcare and Family Services, Bureau of Contract Management, Prescott E. Bloom Building, 201 S. Grand Avenue East, Springfield, Illinois 62763.

El plan de salud puede especificar procedimientos que considere razonables para llevar a cabo las operaciones del procedimiento de protestas.

Todas las protestas deben presentarse primero al plan de salud, pero posteriormente pueden apelarse ante el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois. En la medida de lo exigido por la ley, ningún miembro puede iniciar una acción judicial contra el plan de salud a menos que primero haya agotado los recursos administrativos establecidos por este procedimiento. Sin embargo, la presentación de una protesta no impedirá al miembro presentar una queja ante el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois, y tampoco impedirá al Departamento investigar una queja de conformidad con su autoridad según la ley de Illinois. Toda decisión emanada de la revisión del Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois es de cumplimiento obligatorio para el plan de salud, con la salvedad de que esto no impedirá al plan objetar una decisión relacionada con los términos del Contrato en un tribunal de jurisdicción competente.

ADJUNTO C

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS A MIEMBROS

El plan de salud mantiene un Departamento de Servicios a Miembros que está disponible para responder sus preguntas o inquietudes las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Si usted tiene alguna pregunta con respecto a las disposiciones de este Certificado, sobre cómo recibir servicios conforme al mismo, o si tiene preguntas de otra naturaleza, por favor comuníquese con Servicios a Miembros al 1-800-608-8158 ó 312-251-3999. Servicios a Miembros se encargará de:

- Reemplazar las tarjetas de identificación;
- Prestar asistencia para programar citas con proveedores;
- Recibir y procesar las quejas de los miembros;
- Prestar asistencia para obtener referidos a especialistas;
- Recibir solicitudes de cambio de proveedor de cuidado primario o proveedor de cuidado de la salud de la mujer; y
- Prestar asistencia para presentar una protesta o una apelación.