

EN LA CORTE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS  
PARA EL DISTRITO ESTE DE TEXAS  
DIVISION DE TYLER

ALBERTO N., por sus padres y amigos §  
más cercanos, Sr. y Sra. N.; §  
ALICE F., por su amiga más cercana, §  
Ms. K.; §  
KEYAIRA R.D. por su padre y amiga §  
más cercana, Ms. D.; §  
KAITLYN C., por su padre y amiga §  
más cercana, Ms. C.; §  
AARON D., por su padre y amiga §  
más cercana, Ms. D.; §  
ANDREW M., por su padre y amiga §  
más cercana, Ms. M.; §  
EVAN W., por sus padres y amigos §  
más cercanos, Sr. and Sra. W.; §  
CHELSEA C., por su padre y amiga §  
más cercana, Ms. C.; de parte de sus §  
mismos y otros igualmente situados; §  
y TASH, §

Demandantes

VS

CASO NUMERO 6:99CV459

ALBERT HAWKINS, en su capacidad §  
oficial de Comisario Ejecutivo de §  
la Comision de Salud y Servicios §  
Humanos De Texas; y JAMES HINE, §  
en su capacidad oficial de Comisario del §  
Departamento de Envejecimiento y §  
Servicios de Incapacidad de Texas, §

Defensores

**ARREGLO SEGUNDO PARCIAL de ACUERDO**

INTRODUCCIÓN

Los Litigantes reconocen que el fin de este Acuerdo es para facilitar obediencia de los Defensores con Título XIX del Acto del Seguro Social, 42 U.S.C. § 1396 et seq. Los Litigantes reconocen también que la ley federal y los términos de este Acuerdo gobernarán acción futuro bajo de este Acuerdo.

Los términos de este Acuerdo aplican solamente a servicios Medicaid-fundados proporcionados a beneficiarios de Medicaid bajo la edad de 21 años quienes han sido determinados elegibles para participar en el programa Temprano y Periódico de esguardo, Diagnóstico, y Tratamiento (EPSDT). Hasta la extensión que este Acuerdo abarca categorías de beneficios Medicaid-fundados que también son proporcionados a otros beneficiarios de Medicaid quienes no han sido determinados elegibles para participar en el programa EPSPT, los Litigantes reconocen que nada en este Acuerdo cambia el tipo, definición, cantidad, duración, o esfera de servicios proporcionados a otros beneficiarios de Medicaid.

## 1. DEFINICIONES

- 1.1 **“Agencia”** significa la Comisión de Salud y Servicios Humanos y, cuando apropiada, la agencia operando la parte relevante del Programa de Asistencia Médica Texas.
- 1.2. **“Beneficiario”** significa cualquier individuo bajo la edad de 21 años quien ha sido determinado elegible para participar en el Programa Temprano y Periódico de Resguardo, Diagnóstico, y Tratamiento (conocido actualmente como Pisos de Salud Texas), establecido por el Programa de Asistencia Médica Texas.
- 1.3 **“Contratista”** representa la entidad con que la Agencia contrata para administrar autorización previa de las categorías abarcadas por este Acuerdo, conforme a los requisitos de 42 C.F.R. Part 434. Actualmente, el Contratista para el Programa de Asistencia Médica Texas es ACS Cuidado de Salud Estatal.
- 1.4 **“Día”** representa un día calendario a menos que de otra manera sea notado.
- 1.5 **“DME lista”** refiere a cualquiera y todas las listas de DME que tiene la Agencia o pueda desarrollar, para acelerar la autorización previa o proceso de aprobación.
- 1.6 **“Equipo médico duradero (DME)”** incluye material, equipo y aparatos, como estos términos son usados en 42 C.F.R. § 440.70 (b)(3) y definidos más amplios en 1 TAC § 354.1031 (11)-(12). Hasta la extensión la Agencia define artículos de DME en línea de conducta, directrices, y manuales, la hará consistente con ley aplicable, las definiciones y descripciones generalmente aceptadas por los que ejercen cuidado de salud, y las normas generalmente aceptadas en la práctica de medicina. La Agencia definirá artículos de DME o describe su propósito de una manera que no excluye artículos que son necesarios medicamente DME.
- 1.7 **“Servicios de Salud con Cuidado de Enfermeros Habilidosos en Casa”** son servicios de enfermeros, como descritos por el Acto de Práctico Enfermo y sus regulaciones de cumplir que son autorizadas cuando un Beneficiario requiere servicios de enfermeros que pueden ser satisfechos por base de visitas de Salud con Cuidado de Enfermeros Habilidosos en Casa puedan ser proporcionados para satisfacer necesidades extremas o para necesidades continuas y crónicas, y pueden

ser proporcionados en días consecutivos. La Agencia identificará la duración máxima de una visita de Enfermero Habilidadoso de Salud en Casa y el número de visitas permitidas en un día. Una vez identificado, este componente temporal será incorporado en las definición de “servicios de Enfermero Habilidadoso de Salud en Casa.” Hasta la Agencia identifique el componente temporal, como medida provisional, no negará la petición por 28 horas o más de servicios semanalmente de Enfermeros de Deber Privados de acuerdo con los servicios podrían ser proporcionados a través de servicios de Salud con Cuidado de Enfermos Habilidadosos en Casa.

- 1.8 **“Medicaid”** indica el Programa de Asistencia Médica Texas establecido bajo las provisiones de Capítulo 32, Código de Recursos Humanos Texas, y dependiendo de los requisitos de Título XIX del Acto de Seguro Social y sus regulaciones.
- 1.9 **“Organizaciones de Cuidado Dirigidos por Medicaid”** quiere decir cualquier entidad con que la Agencia contrata, llevado a cabo a los requisitos de 42 C.F.R. Parte 438, que mantiene servicios fundados por Medicaid a individuos que pertenecen a la definición de Beneficiario en párrafo 1.2.
- 1.10 **“Director Médico”** refiere al Director Médico de Contratista o al Director Asociado de los Servicios Infantiles.
- 1.11 **“Notificación”** refiere a una carta suministrada por la Agencia informando el Beneficiario de una reducción, negación, o terminación de un servicio deseado como descrito en 42 C.F.R. §§ 431.206 y 431.210.
- 1.12 **“Enfermo Reseñador”** refiere a cualquier enfermero quien trabaja por la Agencia o su Contratista para hacer una autorización previa (evaluación) para los beneficios y servicios abarcado por este Acuerdo.
- 1.13 **“Servicios de Enfermeros”** los cuales son descritos por el Acto de Enfermero Práctico de Texas y sus regulaciones de cumplir incluyendo observación, calulación, intervención, evaluación, rehabilitación, cuidado y consejo, o enseñanzas de salud de un Beneficiario quien tiene una incapacitación o condición crónica de salud o quien está experimentando un cambio en procesos normales de salud. Servicios de enfermeros también incluye la supervisión de tareas enfermeras delegadas. Código Texas Ocupaciones, § 302.002 (Vernon 2004).
- 1.14 **“Otros Contratistas”** significa cualquier entidad con que la Agencia contrata, según los requisitos in 42C.F.R. Parte 434, que mantiene información a los beneficiarios o proveedores, matrícula a beneficiarios, controla la calidad de servicios, o proporciona servicios de dirección de casos referente a las categorías de beneficios abarcado por este Acuerdo.

- 1.15 **“Padre/Protector”** significa la persona o personas encargado legalmente con del deber de cuidar el Beneficiario, y incluye padres biológicos, padres, adoptivos, familia de acogida protectores, y individuos nombrados por la corte como preservadores.
- 1.16 **“Servicios de Cuidado Personal”** son servicios proporcionados a Beneficiarios quienes requieren asistencia con actividades de la vida cotidiana (ADLs), actividades fundamentales de la vida cotidiana (IADLs), y funciones relacionadas con la salud debido a limitaciones físicas, cognoscitivos, o limitaciones de comportamiento relacionadas con su incapacitación o condiciones de salud crónicas. ADLs incluyen , pero no son limitados a, comer, entretrenamiento de ir al water, preparación del cuerpo, de estar vestido, la bañada, transferencia, el mantenimiento, la continencia, estar en condiciones hacer algo, y mantener la movilidad. IADLs incluyen, pero no son limitados a, higiene personal, preparación de comida, compras para comida, quehaceres domésticos ligeras, lavado de ropa, comunicación, transportación y administración de dinero. Funciones relacionadas con salud, pero no limitadas a, medicamentos, administración y dirección, alcance de movimiento, ejercicio, cuidado del piel, uso de equipo médico duradero, reportaje de la condición del Beneficiario, incluyendo cambios sobre las necesidades y condición del Beneficiario, y completando la anotación de informes apropiadas. Servicios del cuidado personal puedan incluir asistencia echado con mano de alguien, guiando, redirigiendo, o interviniendo para alcanzar con una tarea. Servicios de cuidado personal puedan ser proporcionados fuera de la casa del Beneficiario (en la comunidad).
- 1.17 **“Línea de Conducto”** indica todos los términos escritos, criterio, directrices, y estándares que sirven como guías para acciones de la Agencia y los categorías no su de beneficios incluido por este Acuerdo.
- 1.18 **“Servicios de Enfermero de Deber Privado”** son servicios de enfermeros como descritos por el Acto Enfermero Práctico de Texas y sus regulaciones correspondientes que son autorizados cuando el Beneficiario requiere cuidado más individual y más continual que es disponible desde servicios de Salud con Enfermero Habilidadoso en Casa. Servicios de Enfermero de Deber Privado son disponibles solamente a través del programa EPSDT. 42 C.F.R. § 440.80.
- 1.19 **“Proveedor”** relata a un individuo matriculado en Medicaid o entidad que proporciona los beneficios y servicios abarcado por este Acuerdo.

## 2. REQUISITOS BÁSICOS

### **Todos los Servicios Médicos Necessarios**

- 2.1 La Agencia autorizará todo solicitado DME medicamento necesario para Beneficiarios, como requerido por 42 U.S.C. § 1396d(r)(5).

- 2.2 La Agencia autorizará todos los servicios de enfermeros medicamente necesarios que son solicitados, de cualquiera de las formas a través de servicios de Salud con Cuidado de Enfermeros Habilidadados en Casa o por servicios de Enfermero de Deber Privado, a Beneficiarios, como requerido por 42 U.S.C 1396d § (r)(5).
- 2.3 La Agencia autorizará todos los servicios solicitados medicamente necesarios de cuidado personal como descrito en párrafos 1.6 y 5.4, a Beneficiarios como requerido by 42 U.S.C. § 1396d (r)(5). Servicios de cuidado personal son medicamente necesarios cuando los servicios solicitados satisfacen el criterio bajo el Proyecto Estatal Medicaid de Texas o el criterio para el nuevo beneficio de Servicio de Cuidado Personal que será establecido por el proceso descrito en párrafos 5.1 y 5.2.

### **Cantidad, Duración y Esfera de Servicios**

- 2.4 La Agencia autorizará todos los servicios solicitados medicamente necesarios de Enfermero de Deber Privado que son requeridos para satisfacer todas las necesidades del Beneficiario de Enfermero de Deber Privado a través de un lapso de tiempo, como surgen las necesidades, o como las necesidades ocurren durante el ciclo e un día de 24 horas. 42 U.S.C. § 1396d (r)(5).
- 2.5 La Agencia autorizará todos los medicamente necesarios solictados Servicios de Cuidado Personal que son requeridos para satisfacer todos las necesidades del Beneficiario de cuidado personal a través de un lapso de tiempo cuando las necesidades surgen, o como ocurren las necesidades durante el ciclo de un día de 24 horas. 42 U.S.C. § 1396d(r)(5).
- 2.6 La Agencia no establecerá ni aplicará un límite absoluto de la cantidad de DME disponible a los Beneficiarios. Hasta la extensión que la Agencia establece directrices de cantidad de DME para comodidad administrativa, las cantidades enumeradas no pueden ser arbitrarias y deben de ser suficientes para satisfacer uso típico por niños con incapacidades y otros problemas de salud crónicos. 42 U.S.C. §§ 1396d(r)(5), 1396(a)(17), 1396a(a)(10)(B); 42 U.S.C. § 440.230(c).
- 2.7 La Agencia no establecerá ni aplicará un límite absoluto en la frecuencia del reemplazamiento de DME disponible a Beneficiarios. 42 U.S.C. §§ 1396d(r)(5), 1396a(a)(10)(B); 42 C.F.R. § 440.230(c).
- 2.8 La Agencia no establecerá ni aplicará un límite en la cantidad de los servicios medicamente necesarios ni de servicios de cuidado personal disponible a Beneficiarios. 42 U.S.C. §§ 1396(a)(10)(B), 1396(a)17, 1396d(r)(5); 42 C.F.R. § 440.230(c).

## **El diagnóstico se Basó las Negaciones Prohibieron**

- 2.9 La Agencia no arbitrariamente negará ni reducirá la cantidad, la duración, la esfera de DME a un Beneficiario solamente a causa de diagnóstico, tipo de enfermedad, condición, o limitaciones funcionales que no son relacionadas a la necesidad médica del artículo.
- 2.10 La Agencia no arbitrariamente negará autorización de servicios enfermeros ni reducirá el número de horas solicitados basada solamente sobre diagnosis, tipo de enfermedad, o condición del Beneficiario. 42 U.S.C. §§ 1396a(a)(17), 1396d(r)(5); 42 C.F.R. § 440.230(c).
- 2.11 La Agencia no arbitrariamente negará autorización de servicios de cuidado personal ni reducirá el número de horas solicitadas basadas solamente en diagnosis, tipo de enfermedad, o condición del Beneficiario. 42 U.S.C. §§ 1396a(a)(10)(B); 1296a(a)17, 1396d(r)(5); 42 C.F.R. § 440.230(c).

## **Rapidez Razonable**

- 2.12 Autorización previa para medicamento necesario DME, cuando requerido, será proporcionado con rapidez razonable para asegurar acceso oportuno a este beneficio de Medicaid. Para propósitos de Acuerdo, determinaciones previas de autorizaciones para DME, serán completados por la Agencia o su Contratista dentro de (3) días hábiles del recibo de una petición completa. 42. U.S.C. § 1396a(a)(8).
- 2.13 Solicitaciones para servicios medicamento necesarios de servicios de Salud con Enfermero Habilidadoso en Casa, servicios de Enfermero de Deber Privado, o Servicios de Cuidado Personal serán autorizados previamente con rapidez razonable para asegurar acceso oportuno a estos beneficios de Medicaid. Para propósitos de este Acuerdo, determinaciones de autorización previas para servicios de Salud con Enfermero Habilidadoso en Casa, servicios de Enfermero de Deber Privado, o Servicios de Cuidado Personal serán completadas por la Agencia o su Contratista dentro de tres (3) días hábiles de recibo de una petición completa. 42 U.S.C. § 1396a(a)(8); 42 C.F.R. §§ 435.930, 441.56(c).
- 2.14 Con el consejo del grupo de trabajo como descrito en párrafo 7.1 , la Agencia repasará y, si sea necesario, revisar o establecer plan de acción y procedimientos para autorización retroactiva de medicamento necesario DME, servicios de Salud con Enfermero Habilidadoso en Casa, servicios de Enfermero de Deber Privado, Servicios de Cuidado Personal, para Beneficiarios experimentando una necesidad médica urgente.

## **Instrumentos de Autorización Previa, Escalas de Calificación y Procesos**

- 2.15 La Agencia hará disponibles todas las listas de DME a Beneficiarios y Proveedores. Cada lista de DME incluirá prominentemente una declaración que la lista no es exhaustiva, y que otros categorías y artículos de DME no identificados son disponibles a Beneficiarios cuando medicamente necesarios.
- 2.16 La Agencia hará disponible a Beneficiarios y Proveedores todo criterio de DME y una descripción del proceso para obtener artículos de DME no específicamente identificados en cualquiera lista de DME. 42 U.S.C. § 1396a(a)(43)(A).
- 2.17 La Agencia hará disponible a Beneficiarios y Proveedores todos los procesos, medios de ayuda, y categorías de calificación usados para autorización previa de servicios enfermeros y servicios de cuidado personal, por publicarlos en el sitio de web de la Agencia y en el Manual Texas de Procedimientos Medicaid para Proveedores. Cuando autorizando servicios previos de enfermero o cuidado personal, la Agencia y su Contratista usarán solamente medios de ayuda, categorías de calificación y procesos hecho disponibles a Beneficiarios y Proveedores. 42 U.S.C. § 1396a(a)(17); 42 C.F.R. § 431.18; Cláusula Debido Procedimiento de Ley del 14th Enmienda de la Constitución de los Estado Unidos.

## **Servicios para ser Proporcionados en el Esenario Apropriado Más Integrado**

- 2.18 DME es un beneficio de inclusión para Beneficiarios, si viven en la comunidad o en un escenario institucional. 42 U.S.C. § 1396d(r)(s).
- 2.19 La Agencia proporcionará todos los servicios de enfermero medicamente necesarios y servicios de cuidado personal a Beneficiarios en el más integrado escenario apropiado a las necesidades del Beneficiario, de acuerdo con *Olmstead v. L.C.*, 527 U.S. 581 (1999), de modo que estos Beneficiarios no tendrán que entrar una institución para recibir todos los servicios medicamente necesarios de enfermero o servicios de cuidado personal. 42 U.S.C. §§ 1396d(r)(5), 121.32; 28 C.F.R. § 35.130(d).

## **Aplicación de este Acuerdo a Proveedores, Organizaciones de Cuidado Administrados por Medicaid, y Otras Contratistas**

- 2.20 La Agencia requerirá Proveedores cumplir con estándares relevantes y condiciones de este Acuerdo y con todas los reglamentos del Agencia desarrollados o revisados de acuerdo con este Acuerdo, cuando ellos llevan a cabo actividades relacionados a las categorías de beneficios abarcados por este Acuerdo.

- 2.21 La Agencia requerirá Organizaciones de Cuidado Medicaid Administrados aplicar las definiciones y estándares medicamente necesarios descritos en este Acuerdo, y cumplir con todo beneficio relevante y reglamentos del programa de la Agencia desarrollado a revisado conforme a este Acuerdo, cuando llevan a cabo actividades relacionadas a las categorías de beneficios abarcados por este Acuerdo.
- 2.22 La Agencia requerirá que todos los otros Contratistas cumplir con los terminos relevantes y condiciones de este Acuerdo, y con todo beneficio médico relevante y reglamentos del programa de la Agencia desarrollados or revisados conforme con este Acuerdo, cuando llevan a cabo actividades abarcadas por este Acuerdo.

### 3. EQUIPO MÉDICO DURADERO

#### **Criteria for DME**

- 3.1 DME es medicamento necesario cuando sea requerido para corregir o mejorar incapacitaciones o enfermedades o condiciones físicas o mentales. U.S.C. § 1396d(r)(5). Cuando autorización previa sea requerido, el médico del Beneficiario o otro médico apropiado de curación debe de proporcionar documentación de la necesidad médica para el DME solicitado. La Agencia y su Contratista aplicará el estándar de necesidad médica como el base de todas las determinaciones de autorización previas.

#### **Esfera de Cobertura de DME**

- 3.2 La Agencia con regularidad actualizará cobertura de DME para reflejar tecnología y estándares actuales de práctico médico.
- 3.3 Hasta la extensión que la Agencia mantenga listas de DME, tales listas de DME no excluirán categorías de, ni artículos de, DME.
- 3.4 Peticiones puedan ser hechos para cualquier artículo de DME, no identificado en listas de DME en la misma manera como peticiones para artículos identificados en tales listas. Si aprobación previa sea requerido, el Proveedor debe de someter documentación suficiente para sostener la necesidad médica del artículo deseado. Todo DME que es medicamento necesario para participación financiera federal que sea permitida debe de ser aprobada.

### 4. SERVICIOS DE ENFERMEROS

#### **Criterio para Servicios de Enfermeros**

- 4.1 La Agencia y su Contratista autorizarán servicios cuando:
- (a) la petición para autorización previa sea completa, como descrito en párrafo 4.7;

- (b) los servicios solicitados son servicios de enfermeros como definidos por el Acto Enfermero Práctico de Texas y sus regalaciones abarcadas;
  - (c) los servicios solicitados corrigen o mejoran la incapacitación o la enfermedad física o mental o condición; y
  - (d) no hay recurso de un parte tercero, como descrito en el Manual Texas de Procedimientos Medicaid para Proveedores, § 1.53, responsable económicamente para los servicios solicitados.
- 4.2 Servicios de enfermeros corrigen o mejoran la incapacitación o enfermedad física o mental o condición del Beneficiario cuando los servicios mejore, mantenga o retrase el deterioro del estado de salud del Beneficiario.
- 4.3 Cuando las necesidades médicas del Beneficiario no hayan disminuidos, como documentados por la petición de autorización previa, la Agencia y su Contratista no negará ni reducirá la cantidad de servicios enfermeros conforme que la condición del Beneficiario o estado de salud es “estable” o no ha cambiado.

#### **Proceso de Autorización Previa para Servicios de Enfermeros**

- 4.4 La Agencia autorizará servicios de enfermos de cualquiera de las formas a través de Servicios de Salud con Enfermero Habilidoso en Casa o servicios de Enfermero de Deber Privado, basados sobre de un proyecto de cuidado, lo cual incluye los órdenes del médico y está suplementado por una estrategia de servicios, una forma de un Título XIX (si sea requerido), y cualquier materiales adicionales sometido por el Proveedor, para soportar necesidad médica para el servicio solicitado. El proyecto de cuidado es establecido y repasado periódicamente por el médico en cargo y en consultación con empleados de la agencia de cuidado en casa y el Padre/Protector del registros relevantes de las cuales ellos tengan derechos legales. 42 C.F.R. § 484.18.
- 4.5 La Agencia y su Contratista utilizarán enfermeros con licencias (Enfermeros Reseñadores) para hacer determinaciones de autorización previas para servicios de enfermeros. Estos enfermeros deben de actuar dentro de sus esferas de práctica como establecido por el Junta Texas de Examinadores Revisidora de Enfermeros.
- 4.6 Cuando repasando solicitudes para servicios de enfermeros, la Agencia y su Contratista aplicarán las definiciones de los servicios como delineado en párrafos 1.7, 1.13 y 1.18 de este Acuerdo.
- 4.7 La Agencia y su Contratista revisarán peticiones para servicios de enfermeros para confirmar que: (a) la diagnosis actual del Beneficiario, el estado funcional y condición son discritos claramente y constantemente a lo largo de la documentación; (b) el tratamiento es descrito constantemente a lo largo de la documentación; y (c) una explicación ha sido mantenido como la manera de los servicios de enfermeros solicitados corrigen o mejoran la incapacitación del

Beneficiario, su enfermedad física o mental o condición. Si alguna parte de la información sea perdida, la Agencia o su Contratista seguirán los procedimientos para Solicitudes Incompletas descrito en párrafo 20 del Acuerdo Parcial efectivo el 19 de Abril, 2002.

- 4.8 Para peticiones completas, la Agencia o su Contratista determinarán si (a) los servicios solicitados son servicios como definidos por el Acto Enfermero Práctico de Tejas y sus regulaciones implementarias ejecuciones; (b) las necesidades enfermeras pueden ser satisfechas a través de base por visitas de servicios de Salud Enfermero Habilidadoso en Casa; y (c) los servicios pedidos corrigen o mejoran la incapacidad del Beneficiario o la enfermedad o condición física o mental. Cuando la Agencia y su Contratista determinen que los servicios pedidos no son servicios de enfermero, determinarán si la documentación pueda respaldar una petición para servicios de cuidado personal.
- 4.9 La Agencia o su Contratista autorizarán servicios de Enfermeros de Deber Privado cuando: (a) la petición sea completa, como descrito en párrafo 4.7; (b) los servicios solicitados son servicios de enfermeros como definidos por el Acto Enfermero Práctico de Texas y sus regulaciones de cumplir; y (c) la explicación es suficiente para respaldar que los servicios solicitados corrigen la incapacidad o la enfermedad física o mental o condición; las necesidades enfermeras del Beneficiario no pueden ser satisfechas a través de base por visitas de servicios de Salud con Enfermero Habilidadoso en Casa; (e) no hay recurso del parte tercero, como descrito en la edición 2004 del Manual Texas de Procedimientos Medicaid para Proveedores, sección 1.5.3, responsable económicamente para los servicios.
- 4.10 La Agencia o su Contratista autorizarán servicios de Salud con Enfermero Habilidadoso en Casa cuando: (a) la petición sea completa, como descrito en párrafo 4.7; (b) los servicios solicitados son servicios de enfermero como definidos Acto Enfermero Práctico de Texas y sus regulaciones de cumplir; (c) la explicación es suficiente para respaldar que los servicios solicitados corrigen o mejoran la incapacidad del Beneficiario o enfermedad o condición física o mental ; (d) las necesidades enfermeras del Beneficiario pueden ser satisfechas a través de base por visitas; y (e) no hay recurso del parte tercero, como descrito en la edición 2004 del Manual de Procedimientos Medicaid para Proveedores Texas § 1.5.3. responsable económicamente para los servicios.
- 4.11 Enfermero Reseñador pueda negar autorización para servicios de enfermeros cuando: (a) la petición no sea completa; (a) la información en la solicitud no sea correcta ni consistente como descrito en párrafo 4.7 o no mantiene una explicación con respecto a como los servicios solicitados corrigen o mejoran la incapacidad del Beneficiario o enfermedad o condición física o mental ; o (c) los servicios pedidos no son servicios de enfermero como definido por el Acto Enfermero Práctico de Texas y sus regulaciones de cumplir. El Enfermero Reseñador también pueda negar autorización para Enfermero de Deber Privado

cuando las necesidades del Beneficiario podrían ser satisfechas a través de base por visitas a través de Salud con Enfermero Habilidoso en Casa.

- 4.12 Solamente Enfermeros Reseñadores actuando dentro de la esfera de sus licencias pueden hacer una determinación preliminar que los servicios no corrigen ni mejoran la incapacidad del Beneficiario o la enfermedad o condición física o mental.
- 4.13 Antes de negar a reducir los servicios de enfermeros de acuerdo con los bases descrito en párrafo 4.11, o antes de hacer una determinación preliminar que los servicios pedidos no corrigen ni mejoran la incapacidad del Beneficiario o la enfermedad o condición física o mental, la Agencia y su Contratista pondrán en contacto con el Proveedor a/o el médico dando tratamiento para determinar si información adicional o clarificación pueda ser proporcionado que permitiría la autorización de los servicios de enfermeros pedidos.
- 4.14 Cuando la Agencia o su Contratista determinen que los servicios pedidos no son servicios de enfermeros y que la documentación pueda sostener autorización de cuidado personal, la noticia negando los servicios de enfermeros describirá la base para esta determinación de acuerdo con párrafo 18 del Acuerdo Parcial efectivo en 19 de Abril, 2002. La noticia incluirá lenguaje modelo brevemente describiendo el beneficio de los Servicios de Cuidado Personal y donde y como pedir autorización previa para Servicios de Cuidado Personal. El lenguaje para ser usado es como sigue:

“La información médica recibido pueda sostener autorización de Servicios de Cuidado Personal. Servicios de Cuidado Personal son cognoscitiva, o de conducta relacionada con su incapacitación o condición crónica de salud. Para más información y para saber como obtener Servicios de Cuidado Personal para un Beneficiario de Medicaid menos de 21 años de edad, debe pondría en contacto [la agencia apropiada].”

- 4.15 Cuando la Agencia o su Contratista determinen que los servicios pedidos no apoyan una petición para servicios de Enfermero Privado porque los servicios podrían ser proporcionados por visitas a través de servicios de Salud Enfermero Habilidoso en Casa, la noticia negando los servicios de Enfermeros de Deber Privados describirá la razón por esta determinación, de acuerdo con párrafo 18 del Acuerdo Parcial efectivo el 19 de abril, 2002. La noticia incluirá lenguaje modelo brevemente describiendo el beneficio de los servicios de Salud Enfermero Habilidoso en Casa y donde, y como solicitar autorización previa para servicios de Salud Enfermero Habilidoso en Casa. El lenguaje modelo para ser usado es como sigue:

“La Información médica recibida pueda sostener autorización de servicios de Salud Enfermero Habilidoso en Casa. Servicios de

Salud Enfermero Habilidadoso en Casa puedan ser proporcionados a través de base por visitas. Servicios de Salud Enfermero Habilidadosa en Casa puedan ser mantenido para satisfacer necesidades agudas o continuamente para satisfacer necesidades crónicas. Para más información y para saber como obtener servicios de Salud Enfermero Habilidadoso en Casa, debe pondría en contacto [la agencia apropiada].”

- 4.16 Cuando el Enfermero Reseñador haga una determinación preliminar que los servicios pedidos no corrigen ni mejoran la incapacidad, enfermedad o condición física o mental de Beneficiario, y información adicional o clarificación desde el proveedor de servicios enfermeros y/o el médico dando tratamiento no cambia este determinación preliminar, el Enfermero Reseñador adelantará la petición y toda la documentación relacionada a la petición al Director Médico de la Contratista para reconsideración. El Director Médico determinará si los servicios pedidos corrigen o mejoran la incapacidad o la enfermedad o condición física o mental del Beneficiario.
- 4.17 Si el Director Médico determine que los servicios enfermeros pedidos corrigan o mejoran la incapacidad o la enfermedad física o mental o la condición de Beneficiario, el Director Médico autorizará los servicios. Si, sin embargo, el Director Médico determine que los servicios enfermeros pedidos no corrigen ni mejoran la incapacidad o enfermedad física o mental o la condición del Beneficiario, el Director Médico llamará y conferirá con el médico dando tratamiento al Beneficiario antes de hacer una determinación final.
- 4.18 Si una petición para servicios sea negada o reducida a partir de los servicios pedidos no corrigen ni mejoran la incapacidad o enfermedad física o mental o la condición del Beneficiario, la noticia al Beneficiario de la determinación describirá por qué los servicios pedidos no corrigen ni mejoran la incapacitación o la enfermedad física o mental o la condición , como ofrecido en párrafos 18 y 19 del Acuerdo Parcial efectivo el 19 de abril, 2002.
- 4.19 Cuando el Director Médico niegue una petición para servicios y el Beneficiario haga una petición para una audiencia imparcial, el Director Médico tiene que asistir la audiencia imparcial y proveer testimonio describiendo por qué los servicios pedidos no corrigen ni mejoran la incapacitación o la enfermedad física o mental o la condición del Beneficiario. 42 C.F.R. § 431.242.

## 5. SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL

### **Desarrollo del Beneficio de Cuidado Personal**

- 5.1 Para 1 de septiembre , 2006, la Agencia pondrá en práctica un beneficio nuevo de Servicios de Cuidado Personal para Beneficiarios. La Agencia convocará una comisión de trabajo de Servicios de Cuidado Personal para aconsejar la Agencia

sobre el desarrollo de los reglamentos y procedimientos, incluyendo el establecimiento de contribución de reembolso, necesario para llevar a cabo el beneficio de Servicios de Cuidado Personal. La comisión de trabajo incluirá, pero no son limitada a, Proveedores, grupos profesionales relevantes, incluyendo asociaciones de Proveedores de cuidado de salud en casa, y un representante para los Demandantes. La comisión de trabajo participará a lo largo del desarrollo de los reglamentos y los procedimientos para el beneficio de Servicios de Cuidado Personal. La Agencia proporcionará la comisión y todas otras personas participando en el desarrollo del beneficio de Servicios de Cuidado Personal, una copia de este Acuerdo y informarálos que los reglamentos y procedimientos desarrollados para el beneficios del Servicios de Ciudadado Personal debe de conformar con los términos y condiciones de este Acuerdo.

- 5.2 Los reglamentos y los procedimientos para el beneficio, desorrallado por la Agencia con el consejo de la comisión de trabajo descrito en párrafo 5.1., debe:
- (a) conformar a los términos y condiciones de este Acuerdo;
  - (b) promover el bienestar del niño en el contexto de la familia y la comunidad;  
y
  - (c) requerir que la decisión de la autorización toma en cuenta;
    - (1) la necesidad del Padre/Protector de dormir , trabajar, asistir la escuela y satisfacer sus propias necesidades médicas;
    - (2) la obligación legal del Padre/Protector de cuidar, apoyar, y satisfacer las necesidades médica, educacional, y físico-social de sus otros dependientes.
    - (3) la habilidad física del Padre/Protector para realizar los servicios de cuidado personal; y
    - (4) si requiriendo el Padre/Protector realizar los servicios de cuidado personal pondrá la salud o seguridad del Beneficiario en peligro.
- 5.3 Para asegurar comunicación efectiva y oportuna respecto al desarrollo de los reglamentos y procedimientos necesarios para establecer y llevar a cabo el beneficio de Servicios de Cuidado Personal, comenzando con la fecha efectiva de este Acuerdo, la Agencia o su consejero presentará un reporte del estado escrito al consejero del demandante cada cien y veinte (120) días hasta que los reglamentos y procedimientos son finalizados. El reporte del estado incluirá una redacción tentativa de los reglamentos y procedimientos desarrollados para establecer y poner en práctica el beneficio de los Servicios de Cuidado Personal, actual al tiempo que el reporte del estado es esperado. Consejero del Demandante proveerá la Agencia con sus comentarios respecto a los reglamentos quince días hábiles desde el recibo de cada reporte del estado.

### **Criterio para Servicios del Cuidado Personal**

- 5.4 Servicios del Cuidado Personal son medicamente necesarios solamente cuando un Beneficiario tenga una limitación física, cognoscitivo, o de conducta relacionada a

la incapacidad o condición de salud crónica que impide la capacidad del Beneficiario alcanzar ADLs, IADLs, o funciones relacionadas de la salud.

### **Autorización Previa de Servicios de Cuidado Personal**

- 5.5 La Agencia o su Contratista autorizarán Servicios de Cuidado Personal basados en un proyecto de servicio.
- 5.6 Cuando repasando peticiones para Servicios de Cuidado Personal, la Agencia o su Contratista aplicarán las definiciones de estos servicios como son delineado en párrafo 1.16 de este Acuerdo. La Agencia o su Contratista repasarán peticiones para servicios cuidado personal para confirmar que el proyecto incluye toda la Información requerida. La Agencia o su Contratista puedan observar el Beneficiario en el escenario donde los servicios serán proporcionados para confirmar que el Beneficiario no es capaz de alcanzar actividades debido a limitaciones de física, cognoscitiva, o conducta causadas por la incapacidad o condición crónica de salud.

### **6. AUMENTANDO EL NÚMERO DE PROVEEDORES QUE PUEDEN ENTREGAR EL SURTIDO COMPLETO DE ENFERMERO Y SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL.**

- 6.1 Algunos proveedores puedan ser capaces de entregar todos los servicios siguientes: servicios de Salud Enfermero Habilidadoso en Casa, servicios de Enfermeros de Deber Privados, y Servicios de Cuidado Personal. Cuando tales Proveedores lleven a cabo una evaluación de un Beneficiario para determinar la necesidad de todos los servicios y presentan la evaluación a La Agencia para autorización previa, la Agencia reembolsará tales Proveedores para la evaluación, no importa si los servicios son autorizados últimamente o no. La Agencia permitirá tales Proveedores someter una petición sola para autorización que pueda incluir una combinación de cualquier o todos estos servicios.

### **7. DESARROLLO DE FORMAS PARA SER USADAS EN EL PROCESO DE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ENFERMERO Y CUIDADO PERSONAL.**

- 7.1 La Agencia convocará una comisión de trabajo, la cual incluirá, pero no son limitada a, Proveedores; grupos profesionales relevantes, incluyendo asociaciones de proveedores de cuidado de salud en casa; y un representante para los Demandantes, para aconsejar la Agencia como el desarrollo de las formas del proyecto que serán usadas por Proveedores para solicitar autorización para servicios de enfermeros y para Servicios de Cuidado Personal. Las formas del proyecto servicio para ser usadas serán desarrolladas para el 1 de septiembre, 2005. Las formas del proyecto servicio amplio para ser usadas para enfermero y Servicios de Cuidado Personal, incluirán el nuevo criterio del Servicios de Cuidado Personal serán desarrollados para 1 de septiembre, 2006. Como mínimo las formas del proyecto servicio requerirán una descripción de:

- (a) la incapacidad o condición crónica de salud del Beneficiario y las necesidades apoyantes relacionadas a la incapacidad o condición crónica de salud;
- (b) las intervenciones enfermeras necesarios, observaciones clínicas, evaluaciones , y el ejercicio continuo de enfermero sensatez;
- (c) cualquier apoyantes no-enfermeros, incluyendo equipo duradero médico, servicios de terapia, y servicios de cuidado personal.
- (d) una explicación como los servicios pedidos corrigen o mejoran la incapacidad o enfermedad física o mental o condición del Beneficiario, incluyendo una explicación de la frecuencia de los servicios pedidos.
- (e) los periodos de tiempo durante los cuales los servicios enfermeros y apoyos no-enfermeros son requeridos por el Beneficiario, como ocurren durante el transcurso de un día de 24 horas, y de una semana de siete días (la descripción de los periodos del tiempo durante los cuales los servicios son requeridos incluirán un cálculo de la cantidad del tiempo necesario para mantener las intervenciones enfermeras particulares, además del lapso del tiempo total necesario durante las intervenciones médicas, observaciones clínicas, evaluaciones, y el ejercicio de juicio enfermero son necesarios);
- (f) un plan de emergencia para el suministro de servicios cuando a contingencias no esperados impidan el Proveedor habitual de proporcionar servicios o cuando la necesidad de servicios ocurra intermitentemente y a tiempos indeterminados;
- (g) La habilidad del Padre/Protector para llevar a cabo los servicios enfermeros como parte de un plan de emergencia; y
- (h) La cantidad de servicios enfermeros, si algunas, que los Padres/Protectores están dispuestos proveer al Beneficiario.

Las formas del proyecto servicio no pueden ser diseñadas ni aplicadas de ninguna manera, contrario a los términos de este Acuerdo. Una vez desarrollados, las formas del proyecto servicio reemplazarán los actuales usados para pedir autorización previa para, o establecer elegibilidad para, enfermero y servicios de cuidado personal.

- 7.2 Hasta la extensión que la Agencia y su Contratista usan formas para revisar peticiones para autorización previa para servicios enfermeros y Servicios de Cuidado Personal, las formas deben de ser consistentes con las formas del proyecto servicio descrito en párrafo 7.1. En caso que la Agencia escoga usar formas para revisar peticiones para autorización previa de servicios enfermeros y Servicios de Cuidado Personal, el mismo grupo descrito en párrafo 7.1 aconsejará la Agencia con respeto del desarrollo de estas formas, y las formas se desarrollarán con el mismo plazo. Las formas para ser usados por la Agencia y su Contratista para repasar peticiones para servicios enfermeros y Servicios de Cuidado Personal no pueden ser diseñadas ni aplicadas, de, ninguna manera, contrario a los términos y condiciones de este Acuerdo. Una vez desarrolladas,

las formas para ser usadas por la Agencia y su Contratista para repasar peticiones para servicios enfermeros y Servicios de Cuidado Personal reemplazarán formas actuales usadas para este propósito.

- 7.3 La Agencia proporcionará cualquiera formas desarrolladas de acuerdo con párrafos 7.1 y 7.2 al consejero del Demandante para repaso y comentario por lo menos un mes antes de la fecha de la cual las formas reemplazarán las formas actuales usadas. Demandantes proporcionará comentarios a la Agencia dentro de quince (15) días hábiles del recibo de estos documentos.
- 7.4 Una vez formas nuevas han sido desarrolladas de acuerdo con párrafos 7.1 y 7.2, la Agencia y su Contratista no usarán el “mecanismo del reseñador enfermero privado de evaluación,” la forma 2060, el Mecanismo de Evaluación de Cuidado Comunidad, o cualquier otro mecanismo o instrumento que calcula la cantidad del tiempo necesario para hacer tareas particulares enfermeros o tareas de cuidado personal en vez de determinando el lapso continuo del tiempo durante cual las necesidades del Beneficiario surgen, cuando repasando peticiones para autorización previa para Servicios enfermeros y Servicios de Cuidado Personal.
- 7.5 Implementación de las formas nuevas requerirá, en algunos casos, acciones para la fabricación de reglas o para la implementación de cambios de beneficios. En aquellos casos, implementación de las formas relacionadas serán subyugada a los plazos requerido para cambios de reglamentos o de reglas. Sin embargo, la Agencia y su Contratista cesarán usando el “mecanismo del reseñador enfermero privado de evaluación” para el 1 de septiembre, 2005.

## 8. CAMBIOS A LOS REGLAMENTOS, DIRECTRICES, Y MANUALES

### **Equipo Duradero Médico**

- 8.1 Todos los reglamentos, directrices, o manuales Proveedores demostrarán de forma destacada la declaración que siga cuando describiendo el alcance de DME disponible a los Beneficiarios:

“Beneficiarios de Medicaid menos de 21 años de edad tienen derecho a todo el DME medicamento necesario. DME es medicamento necesario cuando requerido para corregir o mejorar incapacidades o enfermedades o condiciones físicas o mentales. Cualquier límite numérico en la cantidad de un artículo particular de DME puede ser excedido para Beneficiarios de Medicaid menos de 21 años de edad si sea necesario medicamento. De la misma manera, periodos de tiempo para reemplazo de DME no aplicarán a los Beneficiarios menos de 21 años de edad si el reemplazamiento sea medicamento necesario. Cuando autorización previa sea requerido, la información presentada con la petición debe de ser suficiente para documentar las razones porqué el artículo de DME solicitado o la cantidad sea medicamento necesario.

- 8.2 Comenzando con la fecha efectiva de este Acuerdo y antes de la 2007 publicación del *Manual Texas de Procedimientos Medicaid para Proveedores*, la Agencia repasará todos los reglamentos de beneficios médicos de DME para identificar cambios necesarios para confirmar el reglamento a los términos y condiciones de este Acuerdo, incluyendo, pero no limitado a, el estándar de médica necesidad descrito en párrafo 3.1. La Agencia proporcionará al consejero del Demandantes una copia de todos los reglamentos DME para ser repasado. Como los reglamentos de beneficios médicos para DME son revisados, o escritos, la Agencia proporcionará consejero del Demandante con los reglamentos revisados o nuevos. Todos los cambios al reglamentos de DME necesarios para conformar a los términos y condiciones de este Acuerdo serán incluidos en el *2007 Manual Texas de Procedimientos Medicaid para Proveedores*. La Agencia proporcionará al consejero de Demandantes con el texto que va a hacer publicado en el *2007 Manual de Procedimientos Proveedores*. La Agencia proporcionará consejero del Demandantes con el texto que va a ser publicado en el *Manual Texas de Procedimientos Medicaid Para Proveedores* diez (10) días hábiles después de que la Agencia recibe el primer manuscrito tentativo del Manual. Hasta la extensión que la Agencia haga cambios al reglamento del beneficio médico para DME antes de la publicación del *2007 Manual Texas de Procedimientos Medicaid para Proveedores*, la Agencia describirá los nuevos o revisados reglamentos en la próxima proveedor publicación (actualmente llamada *Boletín de Texas Medicaid*) regularmente programada. La Agencia proporcionará cualquier texto que va a ser publicado al consejero del Demandantes para revisión y comentarios dentro de diez (10) días hábiles después de la Agencia reciba el primer manuscrito. Demandantes proporcionarán cualquier comentarios sobre el manuscrito tentativo a la Agencia dentro de diez (10) días hábiles del recibo.

### **Servicios de Enfermeros**

- 8.3 Todos el reglamento del servicios enfermeros, directrices, o manuales del Provedores mostrarán de forma destacada la declaración siguiente cuando describiendo el alcance de Servicios Privados de Enfermeros y servicios de Salud Enfermero Habilidoso en Casa disponible al Beneficiarios.

“Beneficiarios de Medicaid menos de 21 años de edad tienen derechos a todos los servicios de Enfermeros de deber Privados y/o Servicios de Salud Enfermero Habilidoso en Casa que son medicamente necesarios. Servicios de enfermero son medicamente necesarios cuando los servicios pedidos son servicios enfermeros como definidos por el Acto Enfermero Práctico de Texas y sus regulaciones de cumplir; los servicios pedidos corrigen o mejoran la incapacidad o enfermedad física o mental o condición; y no hay recurso de tercer partido responsable económicamente por los servicios. Peticiones para servicios enfermeros deben de ser presentados usando las formas requeridas de Medicaid y incluye

documentación de apoyo. Es mandatorio que la documentación de apoyo sea: clara y consistente en describir la diagnosis actual, estado funcional, y condición; describir constantemente el tratamiento a lo largo de la documentación; y proporcionar una explicación suficiente como los servicios pedidos corrigen o mejoran la incapacidad o la enfermedad o condición física o mental. Servicios medicamente necesarios de enfermero serán autorizados como servicios de Enfermeros de Deber Privados o como Servicios de Salud Enfermero Habilidadados en Casa, dependiendo si los necesidades enfermeros pueden ser satisfechos de acuerdo con base de visitas.”

- 8.4 Comenzando con la fecha efectiva de este Acuerdo y antes de la publicación del *Manual Texas Procedimientos Medicaid para Proveedores*, la Agencia examinará todo el reglamento del beneficio médico para servicios de Enfermero de Deber Privado y servicios de Salud Enfermero Habilidadado en Casa para identificar cambios necesarios para confirmar el reglamento de los términos y condiciones de este Acuerdo. La Agencia proporcionará consejero del Demandante con una copia de todo el reglamento de los servicios enfermeros que van a ser repasado. Como el reglamento de beneficios medicales para servicios de Enfermero de Deber Privado y servicios de Salud con Enfermero Habilidadado en Casa son revisados o escritos, la Agencia proporcionará consejero del Demandante con el reglamento revisado o escrito. Todos los cambios al reglamento de servicios enfermeros necesarios para corresponder a los términos y condiciones de este Acuerdo serán incluidos en el *2007 Manual Texas de Procedimientos Medicaid para Proveedores*. La Agencia proporcionará consejero con el texto que va a ser publicado en el *2007 Manual de Procedimientos para Proveedores* diez (10) días hábiles después de la Agencia recibe el manuscrito tentativo del *Manual*. Demandantes proporcionará comentarios sobre el manuscrito Manual a la Agencia dentro de diez (10) días hábiles. Hasta tal punto que la Agencia haga cambios al reglamento del beneficio médico para servicios de Enfermero de Deber Privado y/o servicios de Salud con Enfermero Habilidadado en Casa antes de la publicación del *2007 Manual de Procedimientos Texas Medicaid para Proveedores*, la Agencia describirá el reglamento nuevo o revisado en la próxima acostumbrada publicación para Proveedores (actualmente llamada el *Boletín de Medicaid Texas*). La Agencia proporcionará el texto al consejero del Demandante diez (10) días hábiles después de que la Agencia recibe el primer manuscrito de la publicación Proveedor. Demandantes proporcionará cualquier comentarios acerca del texto manuscrito tentativo a la Agencia dentro de diez (10) días hábiles.

## 9. ENTRENAMIENTO

- 9.1 La Agencia entrenará, o causar el entrenamiento de, los empleados relevantes, incluyendo la Oficina del Inspector General, y los empleados relevantes de su Contratista, Organizaciones de Cuidado Dirigido, y otros Contratistas, como son especificados a los requisitos de este Acuerdo, en una manera puntual basada en

protocolos establecidos, pero no más retrasado que cien ochenta (180) días después del desarrollo de cualquier reglamento nuevo. Entrenamiento comenzará dentro de sesenta (60) días de la fecha efectiva de este Acuerdo y completado para 1 abril, 2008.

- 9.2 La Agencia incluirá en el plan de estudios ofrecido con regularidad a los Proveedores los requisitos de este Acuerdo, y los reglamentos nuevos para ser desorallados de acuerdo con este Acuerdo, en una manera oportuna basados de Protocolos establecidos de entrenamiento.
- 9.3 La Agencia proporcionará consejero del Demandantes un horario de todas las fechas prometadoras de entrenamiento. La Agencia proporcionará copias de los materiales al consejero de los Demandantes antes de su uso inicial para entrenamiento. Consejero de los Demandantes pueda observar tres (3) sesiones de su elección.

## 10. EVALUACIÓN DE CALIDAD

### **Equipo Duradero Médico y Materiales**

- 10.1 Comenzando con el 4th trimestre del año fiscal (“FY”) 2005, y hasta la publicación del 2007 *Manual Texas de Procedimientos Medicaid para Proveedores*, la Agencia repasará, trimestralmente, cien cincuenta (150) noticias de reducción o negación, para identificar los cambios necesarios para confirmar reglamentos de DME a los términos y condiciones de este Acuerdo, incluyendo, pero no limitado a, los estándares medicamento necesarios descrito en párrafo La Agencia proporcionará al consejero del Demandantes con copias de estas noticias para el cuarenta y cinco (45th) día del trimestre subsiguiente. La provisión de estas noticias al consejero del Demandantes satisfacerá la obligación de la Agencia a proporcionar un número igual de noticias según párrafo 45(c) del Acuerdo Parcial Acuerdo efectivo el 19 de abril, 2002.
- 10.2 Comenzando con la publicación del 2007 *Manual Texas de Procedimientos Medicaid para Proveedores* y para un año después, la Agencia proporcionará al consejero del Demandantes cien (100) reducciones de DME o noticias de negación cada trimestre, con cincuenta (50) noticias seleccionadas desde el Programa De Salud en Casa y (50) noticias seleccionadas desde el Programa Comprensivo de Cuidado. Si no haya cincuenta (50) negaciones desde un programa, la diferencia será compuesto desde el otro programa. La Agencia ofrecerá consejero del Demandante copias de aquellas noticias para el cuarenta y cinco (45th) día del trimestre subsiguiente.
- 10.3 Las noticias descrito en párrafos 10.1 y 10.2 serán seleccionadas al azar y serán redactadas.

## Servicios de Enfermos

- 10.4 Comenzando noventa (90) días después de la fecha efectiva de este Acuerdo, cada trimestre, la Agencia seleccionará sesenta (60) peticiones que resultaron en negación o reducción de servicios de Enfermero de Deber Privado y proporciona al consejero del Demandante copias de todos los documentos relacionados a cada petición, incluyendo, pero no limitada a:
- (a) todos los documentos sometidos juntamente con la petición para servicios de Enfermero de Deber Privado;
  - (b) todos los documentos y las formas usados para hacer la determinación para autorización previa;
  - (c) toda la información considerada por la Agencia o sus contratistas en la preparación de la determinación de la autorización previa;
  - (d) cualquier apuntes generados por el Enfermero Reseñador;
  - (e) cualquier apuntes generados por el Director General; y la noticia de negación / reducción asociada con cada petición.

El nombre del Beneficiario, número de Medicaid, Proveedor de Enfermero Medicaid, y el número de la autorización serán redactados desde estos documentos. Las peticiones y los documentos seleccionados por la Agencia serán una combinación de todas las negaciones o reducciones que resultaron en una petición para una audiencia justa, y peticiones adicionales para selección al azar, para constituir el número total de peticiones seleccionadas. La Agencia proporcionará los documentos al consejero del Demandante para el día cuarenta y cinco (45th) del trimestre subsiguiente.

- 10.5 Empezando noventa (90) días después de la fecha efectiva de este Acuerdo, cada trimestre, la Agencia seleccionará al azar sesenta (60) peticiones para servicios de Salud con Enfermero Habilidadoso en Casa que resultaron en negaciones o reducciones de servicios de Salud con Enfermero Habilidadoso en Casa y proporciona al consejero del Demandante copias de todos los documentos relacionados con cada petición, incluyendo, pero no limitado a: (a) todos los documentos sometidos juntamente con la petición para servicios de Salud con Enfermero Habilidadoso en Casa; (b) todos los documentos y formas usados para hacer la determinación de autorización previa; (c) cualquier apuntes generados por el Enfermero Reseñador; y (d) la noticia de negación/reducción asociada con cada petición. El nombre de Beneficiario, número de Medicaid, Proveedor de Enfermero Medicaid, y el número de la autorización será redactado desde estos documentos. Las peticiones y los documentos seleccionados por la Agencia serán una combinación de todas las negaciones o reducciones que resultaron en una petición para una audiencia justa, y peticiones adicionales para ser seleccionadas al azar, para constituir el número total de peticiones seleccionadas. La Agencia proporcionará los documentos al consejero del Demandantes para el día cuarenta y cinco (45th) del trimestre siguiente.

- 10.6 La Agencia producirá los documentos descritos en párrafos 10.4 y 10.5 hasta la publicación del *2008 Manual Texas de Procedimientos Medicaid para Proveedores*.

### **Servicios de Cuidado Personales**

- 10.7 Para dos años después de la implementación de un beneficio nuevo de Servicios de Cuidado Personal, cada trimestre, la Agencia seleccionará sesenta (60) peticiones para Servicios de Cuidado Personal a través del Programa Cuidado Comprensivo de Pisos TH que resultaron en negación o reducción de Servicios de Cuidado Personal y proporciona al consejero del Demandante copias de todos los documentos relacionados a cada petición, incluyendo, pero no limitado a: (a) todos los documentos sometidos juntamente con la petición para Servicios de Cuidado Personal; (b) todos los documentos y formas para la determinación de autorización previa; (c) cualquier apuntes generados por la entidad responsable para la preparación de la determinación de autorización previa; y (d) la noticia de negación / reducción asociada con cada petición. El nombre del Beneficiario, número de Medicaid, Proveedor de Enfermero Medicaid, y el número de la autorización será redactado desde estos documentos. Las peticiones y los documentos seleccionados por la Agencia serán una combinación de todas las negaciones o reducciones que resultaron en una petición para una audiencia justa, y peticiones adicionales para selección al azar, para constituir el número total de peticiones seleccionadas. La Agencia proporcionará los documentos al consejero del Demandante para el día cuarenta y cinco (45th) del trimestre subsiguiente.

## **11. NOTICIA A PROVEEDORES Y BENEFICIARIOS**

### **Pancarta Mensaje, Boletín Medicaid Texas, Sitios de Web de la Agencia**

- 11.1 Dentro de treinta (30) días de la fecha efectiva de este Acuerdo, la Agencia publicará el siguiente lenguaje como un mensaje pancarta:

“HHSC ha resuelto una acción que afecta servicios de Enfermero de Deber Privado, servicios de Salud con Enfermero Habilidoso en Casa, Equipo Médico Duradero y Suministros, y Servicios de Cuidado Personal para todos beneficiarios de Medicaid menos de 21 años de edad. Un sumario del Acuerdo será publicado en una edición futura del *Boletín de Medicaid Texas*, y una copia del Acuerdo es disponible en los sitios de Web siguientes: [www.hhsc.state.tx.us](http://www.hhsc.state.tx.us); [www.dads.state.tx.us](http://www.dads.state.tx.us); and [www.advocacyinc.org](http://www.advocacyinc.org).”

Dentro de sesenta (60) días de la fecha efectiva de este Acuerdo, la Agencia anunciará prominentemente una copia redactada de este Acuerdo en los sitios de web de la Comisión de Texas Salud y Servicios Humanos y el Texas Departamento De Envejecimiento y Servicios de Incapacidad. La Agencia

publicará un sumario llegado a acuerdo de este Acuerdo en el *Boletín de Medicaid Texas* (o en una publicación sucesor) en acuerdo con tiempo establecido para presentación, pero no más tardar que 60 días después de la fecha efectiva de este Acuerdo.

- 11.2 Dentro de treinta (30) días de finalización de las actividades descritas en Sección 5 de este Acuerdo, la Agencia publicará una descripción del beneficio de Servicios de Cuidado Personal como Pancarta Mensaje. Dentro de sesenta (60) días de terminación de las actividades descritas en Sección 5 de este Acuerdo, la Agencia anunciará prominentemente una descripción del beneficio de los Servicios de Cuidado Personal y toda la práctica relacionada al beneficio de los Servicios de Cuidado Personal en los sitios de web de la Comisión de Texas Salud y Servicios Humanos y el Departamento de Envejecimiento y Servicios de Incapacidad. La Agencia publicará una descripción del beneficio de los Servicios de Cuidado Personal toda la práctica relacionada del beneficio de los Servicios de Cuidado Personal en el *Boletín de Medicaid Texas* (o cualquier publicación sucesor) de acuerdo con tiempo establecido para presentación de materiales para publicación , pero no más tardar que sesenta (60) días después de la terminación de las actividades descritos en Sección 5.
- 11.3 Dentro de treinta (30) días de cambios al DME y los beneficios de servicios de enfermeros hecho según este Acuerdo, la Agencia publicará una descripción de los cambios como pancarta mensaje. Dentro de sesenta (60) días de los cambios al DME y servicios de enfermeros hecho según este Acuerdo, la Agencia anunciará prominentemente una descripción de los cambios y toda la práctica relacionada a los cambios en los sitios de web de la Comisión de Texas Salud y Servicios Humanos y el Departamento de Envejecimiento y Servicios de Incapacidad. La Agencia publicará una descripción de los cambios y toda la práctica relacionada a los cambios en el *Boletín de Medicaid Texas* (o cualquier publicación sucesor) de acuerdo con tiempo establecido para presentación, pero no más tardar que sesenta (60) días después de que los cambios son hechos.
- 11.4 Dentro de cien ochenta (180) días de la fecha efectiva de este Acuerdo, la Agencia mandará la noticia siguiente, como una inserción o parte de un inserción incluido en una distribución según lo previsto regular por correo, a todos los Beneficiarios bajo la edad de 21 años.

“HHSC ha resuelto una acción que afecta Enfermero de Deber Privado en Casa, Salud Enfermero Habilidadoso en Casa, Equipo Médico Duradero y Suministros y Servicios de Cuidado Personal para beneficiarios de Medicaid bajo la edad de 21. Una copia del Acuerdo está en [www.hhsc.state.tx.us](http://www.hhsc.state.tx.us) y [www.advocacyinc.org](http://www.advocacyinc.org). Si tenga preguntas, llame Advocacy, Inc. at (800) \_\_\_\_ - \_\_\_\_.”

## 12. FABRICACIÓN DE REGLAS

- 12.1 La Agencia está de acuerdo de proponer, enmendar, retirar, o revocar reglas para que las reglas de la Agencia corresponden a los términos y condiciones de este Acuerdo. La Agencia iniciará el proceso de fabricación de reglas dentro de cuarenta y cinco (45) días de cualquiera acción requerido por este Acuerdo que va a necesitar una regla de ser promulgada, enmendada, retirada, o revocada.
- 12.2 Para toda fabricación requerido por párrafo 12.1, la Agencia proporcionará al Consejero del Demandante un manuscrito tentativo de cada regla propuesta, enmienda, o revocación cuando sea proporcionado rutinariamente a los miembros del Comité Consultivo de Cuidado Médico.

## 13. APROBACIÓN DE ACUERDO POR FUNCIONARIOS DEL ESTADO

- 13.1 Este Acuerdo es sujeto de la aprobación del Procurador General, el Gobernador y el Director Financiero del Estado de Texas. La Agencia obtendrá la aprobación necesaria para la fecha establecida por la Corte.

## 14. JURISDICCIÓN Y APLICACIÓN CONTINUA

- 14.1 Es la intención de los litigantes que el Acuerdo sea aprobado, adoptado, y incorporado completamente en un mandamiento de la Corte y estuviere de acuerdo y estipulado que la Corte Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Este de Texas retendrá jurisdicción exclusiva sobre todos los asuntos relacionados a la aplicación del Acuerdo y los estipendios de abogados. Este Acuerdo puede ser aplicado hasta 1 de julio, 2009.
- 14.2 Los litigantes están de acuerdo que Demandantes enmendarán la Demanda para añadir TASH, un demandante organizativo, para propósito de hacer cumplir los términos de este Acuerdo.

## 15. FECHA EFECTIVA DEL ACUERDO

- 15.1 El Acuerdo es efectivo con fecha de presentación del orden de la Corte aprobando adoptando, y incorporando el Acuerdo.

## 16. CONFLICTOS DE OBEDIENCIA SURGIENDO BAJO ESTE ACUERDO

- 16.1 En caso que cualquier litigante no logra cumplir con alguna parte de este Acuerdo, el litigante alegando no conformidad pueda solicitar obediencia del Acuerdo en la Corte Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Este de Texas. Antes de solicitar obediencia, en la ausencia de una emergencia, el litigante haciendo acusaciones acerca de falta de cumplimiento proporcionará noticia al litigante opuesto y dará treinta (30) días para corregir la no conformidad alegada.

- 16.2 Falto de un litigante hacer cumplir cualquiera provisión de este Acuerdo no será construido de una renuncia del derecho de litigante hacer cumplir otras provisiones del Acuerdo.

## 17. RECHAZO DE CIERTAS DEMANDAS

- 17.1 Dentro de cuarenta y cinco (45) días de la fecha efectiva de este Acuerdo, los litigantes radicarán una moción con la Corte una Estipulación Colectiva de Remoción Voluntaria, de acuerdo con Regla 41(a) de las Reglas Federales de Procedimiento Civil. La estipulación denegará con pérdida de derecho a nuevo juicio todos las demandas contra James R. Hine, Comisario del Departamento de Evejicimiento y Servicios de Incapacidad. La estipulación denegará con pérdida de derecho a nuevo juicio todas las demandas contra Albert Hawkins, Director Ejecutivo de la Comisión de Salud de Texas y Servicios Humanos con la excepción de las demandas del consejero del Demandante para reclamaciones relaciona das con lo que sigue:

Si Título XIX del Acto del Seguro Social requiere la Agencia o su Contratista eliminar todo el criterio de la autorización previa o cualquier otro criterio que requiere un Padre/Protector del Beneficiario proveer parte de los servicios enfermeros del Beneficiario; and

Si Título XIX del Acto del Seguro Social prohíba la Agencia o su Contratista de negar o de reducir la cantidad de servicios enfermeros pedidos porque el Padre/Protector del Beneficiario sea calificado y capaz de llevar a cabo los servicios y tareas de enfermero, pero elija no hacerlos.

Cualquier de los dos litigantes puedan solicitar una revisión judicial con respecto a las antemencionadas reclamaciones no despidas no más antes que el 15 de septiembre, 2005, pero no más tardar que 31 de diciembre, 2005. Si no hay revisión judicial antes del 1 de enero, 2006, la Corte despide todas las reclamaciones que quedan con prejuicio.

## 18. HONORARIOS, COSTOS, Y GASTOS DE ABOGADOS

- 18.1 Después de la fecha efectiva del Acuerdo, Demandantes presentarán oportunamente sus mociones para honorarios, costos y gastos para sus abogados con la Corte. Al mismo tiempo con la presentación de la moción de los Demandantes para honorarios de los abogados, los Litigantes petitionarán la Corte para anular una decisión de la moción de los Demandantes para Noventa (90) días, para dar los Litigantes tiempo negociar un acuerdo de los honorarios de los abogados. Los Litigantes informarán la Corte como el resultado de las negociaciones. Si un acuerdo sea logrado y aprobado, los Defensores, en recibo del cheque para los honorarios de los abogados desde el Director Financiero, entregarán rápidamente el cheque, a favor de Advocacy, Inc., to Advocacy, 7800

Shoal Creek Blvd., Suite 171-E, Austin, Texas 78757. Si un acuerdo no pueda ser logrado, o los Defensores no puedan conseguir aprobación del acuerdo, la Corte, después de la presentación oportuna de cualquiera respuesta o contestación sumario, considerará y decidirá en la moción del Demandante para honorarios, costos, y gastos.

## 19. SEPARAMIENTO

- 19.1 Hasta el límite que cualquiera provisiones de este Acuerdo sea declarado inválido o no aplicable, tal provisión será separado desde el resto del Acuerdo y el Acuerdo será construída como si la parte inválido o no aplicable no existiera.

## 20. MODIFICACIÓN

- 20.1 Este Acuerdo no será modificado, enmendado , o suplementado salvo una escritura ejecutado por consejero de todos los litigantes o por un orden de la Corte.

Los litigantes están de acuerdo que nada en este Acuerdo prohíbe la Agencia de hacer cambios a Pisos de Salud Texas or cualquier otro programa de Medicaid que de otra manera estaría en desacuerdo con los términos de este Acuerdo, en Repuesto a:

cambios, posterior la fecha efectiva de este Acuerdo, permitidos a requeridos por ley federal o regulacion; o

cambios, posterior a la fecha efectiva de este Acuerdo, a ley estatal, hasta el límite que tales cambios no contravienen ley federal.

La Agencia hará un esfuerzo de buena fe para identificar y publicar noticia en el Texas Register de todos tales cambios a Pisos de Salud de Texas o a cualquier otro programa de Medicaid afectado por este Acuerdo, por lo menos treinta (30) días antes de hacer tales cambios.

## 21. CONTRAPARTES

- 21.1 La Agencia pueda ser ejecutada en contrapartes múltiples, cada uno de las cuales, si ejecutada completamente, puedan ser admitido en evidencia como duplicado original.

## 22. OBLIGATORIO

- 22.1 Este Acuerdo es final y obligatorio a los litigantes, incluyendo los principales, agentes, administradores, representantes, sucesores, y cesionarios. Cada litigante tiene el deber de informar cualquier principal, agente, administrador, representante, sucesor, o cesionario.

## 23. EJECUCIÓN DEL ACUERDO

- 23.1 Consejero para los Defensores ha sido autorizado completamente por sus clientes entrar en y ejecutar este Acuerdo, según los términos y condiciones contenido aquí dentro.

FIRMADOS en las fecha

\_\_\_\_\_  
PETER HOFER  
State Bar No. 09777275

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
STEVEN P. ELLIOT  
State Bar No. 24042619

Date: \_\_\_\_\_

ADVOCACY, INCORPORATED  
7800 Shoal Creek, Suite 171-E  
Austin, Texas 78757  
Tel. (512 ) 454-4816

GREG ABBOTT  
Attorney General of Texas

BARRY R. McBEE  
First Assistant Attorney General

EDWARD D. BURBACH  
Deputy Attorney General for  
Litigation

JEFF L. ROSE  
Chief, General Litigation Division

\_\_\_\_\_  
MAUREEN O'CONNELL  
State Bar No. 00795949

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
EDWIN N. HORNE  
State Bar No. 10008000  
Assistant Attorney General  
P. O. Box 12548  
Austin, Texas 78711  
Tel. (512) 463-2120

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MARYANN OVERATH  
State Bar No. 00786851

Date: \_\_\_\_\_

ABOGADOS PARA  
DEFENSORES

SOUTHERN DISABILITY LAW CENTER  
1307 Payne Avenue  
Austin, Texas  
Tel. (512) 458-5800

ABOGADOS PARA DEMANDANTES