



Tenemos el derecho legal de preferencia.

MEDICAID: Glosario de términos de uso frecuente

Agencia de administración de casos de excepción - La agencia que evalúa sus necesidades, lo ayuda a crear un plan de atención centrado en la persona y le permite coordinar sus servicios de exención.

Apelación - Una solicitud para que una persona con mayor autoridad revise una decisión tomada sobre sus servicios de Medicaid con respecto a un caso particular. Por ejemplo, una agencia o un plan de atención administrada podría comunicarle que reducirá o cancelará sus servicios de enfermería o asistencia, o podría denegar su solicitud de servicios o equipos (como una silla de ruedas u otro dispositivo auxiliar). Por lo general, usted tiene derecho a apelar estas decisiones.

Apelación acelerada- an appeal that is decided/resolved in a shorter timeframe

Autorización previa - Un proceso que su médico o proveedor utiliza para obtener la aprobación de servicios antes de que pueda recibirlos.

Aviso - Una carta que explica qué medida se tomó con respecto a sus servicios, los motivos y su derecho a apelar la decisión.

Cargo por servicio (FFS) - Un método tradicional de pago de servicios médicos en el que los proveedores cobran por cada servicio que prestan. Normalmente, el proveedor envía las facturas al Departamento de Medicaid de Ohio para su reembolso. Las personas que reciben servicios médicos con cargo por servicio no tienen planes de atención administrada.

Continuación de beneficios (también denominada "asistencia continua" o "servicios continuos") - La posibilidad de mantener sus servicios actuales hasta que se tome una decisión definitiva, si presenta una solicitud de apelación en el período indicado, con algunas excepciones.

Determinación adversa de beneficios - Una decisión de un plan de atención administrada de no brindar servicios. Esto podría incluir (1) denegar o autorizar de manera limitada un servicio solicitado; (2) reducir, suspender o cancelar servicios; (3) denegar el pago de un servicio; (4) no brindar servicios de forma oportuna; (5) no actuar en los plazos de resolución; o (6) denegar una solicitud para disputar una obligación financiera, como costos compartidos, copagos, primas, deducibles, coseguro y otras obligaciones financieras del miembro.

Exención - Dinero de Medicaid utilizado para permitirles a las personas con discapacidades y afecciones crónicas recibir atención domiciliaria y comunitaria en lugar de asistir a centros de atención a largo plazo, hospitales o centros de atención intermedia.

Médicamente necesario - La necesidad médica es un concepto fundamental que subyace el programa de Medicaid. Su definición depende del programa:

- A. **La necesidad médica para personas cubiertas por el Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)** se define como procedimientos, productos o servicios para prevenir, diagnosticar, evaluar, corregir, mejorar o tratar una afección médica adversa, como una enfermedad, una lesión, una dolencia o sus síntomas, un trastorno emocional o conductual, una discapacidad intelectual, un impedimento cognitivo o una discapacidad de desarrollo.
- B. **La necesidad médica para personas no cubiertas por el EPSDT** se define como procedimientos, productos o servicios para prevenir, diagnosticar, evaluar o tratar una afección médica adversa, como una enfermedad, una lesión, una dolencia o sus síntomas, un trastorno emocional o conductual, una discapacidad intelectual, un impedimento cognitivo o una discapacidad de desarrollo y sin los cuales es probable que la persona sufra una enfermedad prolongada, progresiva o nueva; una deficiencia funcional; una deficiencia de un órgano o parte del cuerpo; o un dolor y una molestia considerables.

Motivo justificado - Un motivo que explica por qué no puede cumplir con un determinado plazo o asistir a una audiencia. Dicho motivo puede ser la muerte de un familiar directo, una enfermedad o lesión repentina de la persona o un familiar directo de esa persona u otras circunstancias que impidieron de forma razonable que la persona asista a una audiencia estatal.

Notificar - Informar a una persona sobre un asunto, por lo general de manera formal u oficial. Cuando los planes de atención administrada u otras agencias toman decisiones sobre sus servicios de Medicaid, deben brindarle información por escrito. La carta se denomina "aviso".

Período de autorización - El plazo acordado por su plan de atención administrada o el Departamento de Medicaid para cubrir servicios que requieren autorización previa. Si necesita continuar estos servicios después de que finalice el período de autorización, generalmente debe enviar una nueva solicitud de autorización previa.

Planes de atención administrada - Compañías de seguro médico privado contratadas por el estado de Ohio, y responsables de coordinar y cubrir todos los servicios de atención médica que se ofrecen a través de Medicaid tradicional a sus miembros.

Proceso de audiencia estatal - La forma oficial en que el estado de Ohio les permite a las personas cuestionar decisiones tomadas con respecto a sus servicios de Medicaid a través de una apelación. Una audiencia estatal es una reunión con usted, un miembro de la agencia local y un funcionario de audiencias del Departamento de Trabajo y Servicios para la Familia de Ohio (Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS). La reunión puede realizarse por teléfono o personalmente. El miembro de la agencia local explicará la medida que tomó o que desea tomar en su caso. Posteriormente, usted tendrá la posibilidad de expresar por qué considera que la medida es incorrecta. El funcionario de audiencias lo escuchará a usted y al miembro de la agencia local, y puede hacer preguntas para ayudar a exponer todos los hechos. El funcionario de audiencias revisará los datos presentados en la audiencia y recomendará una decisión basada en si las normas se aplicaron correctamente o no en su caso.

Programa de Servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT) - Un programa de salud infantil de Medicaid diseñado para satisfacer las necesidades de salud física, mental y de desarrollo de niños menores de 21 años. En Ohio, el EPSDT se denomina "Healthchek".

Programa de Servicios Coordinados - Un programa de salud y seguridad que protege a los miembros que hacen uso de más servicios que los previstos. A los miembros de un Programa de Servicios Coordinados se les designan proveedores a quienes deben consultar para obtener sus servicios de atención médica, incluidos medicamentos con receta. Es posible que participe de este programa si recibe sustancias controladas de varias farmacias o médicos que emiten recetas. Si no está seguro de si participa o no de este programa, comuníquese con su plan de atención administrada o la línea directa de Medicaid al 800-324-8680. Puede obtener más información en el sitio web del Departamento de Medicaid de Ohio: <https://www.ohiomh.com/resources/coordinatedservicesprogramfaq>.

Proveedor - Un persona o un centro que ofrece atención médica, como un médico, una farmacia, un odontólogo, una clínica, un hospital, un fisioterapeuta, un miembro del personal de enfermería o un auxiliar.

Queja - Un reclamo sobre el plan de atención administrada, un profesional médico o cualquier asunto que no sea una medida tomada por el plan. Las quejas pueden incluir problemas sobre la calidad de la atención o los servicios prestados; aspectos de relaciones interpersonales, como falta de cortesía de un proveedor o un empleado; o incumplimiento de los derechos de un miembro.

Reducido - Cuyo tamaño o cantidad se ha disminuido.

Resolución de apelación - La decisión tomada por el plan de atención administrada sobre una apelación.

Requerir - Necesitar para un fin específico.

Restablecido - Recuperado, restituido o devuelto.