

CUIDADO ADMINISTRADO DE MEDICAID PARA NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE NUEVA JERSEY

HOJA DE DATOS 7: TÉRMINOS IMPORTANTES

GENERAL

Medicaid: es un programa en conjunto a nivel Federal y Estatal (Title XIX of the Social Security Act) que paga por los servicios de cuidado de salud a familias de bajos recursos con dependientes menores de edad, personas de edad avanzada (senior citizens) y personas con discapacidades, así como también a algunas personas que tienen necesidades médicas debido a que sus gastos de salud son muy altos. El gobierno Federal regula e inspecciona el programa de Medicaid; la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud del Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey administra el Medicaid en el estado.

Cuidado Administrado: es un sistema completo de distribución y financiamiento de cuidados de salud que coordina y provee acceso oportuno a servicios de cuidados de salud, médicamente necesarios y de alta calidad, a sus miembros, de una manera efectiva en relación al costo.

Cuidado Administrado de Medicaid: es la distribución de servicios a individuos elegibles al Medicaid a través de un sistema de cuidados administrados.

Cuidados de Nueva Jersey 2000+: es el nombre del cuidado administrado de Medicaid en Nueva Jersey, el cual es administrado por la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud del Departamento de Servicios Humanos

Organización de Mantenimiento de Salud (HMO): es un tipo de tipo de organización de cuidado de salud administrado que proporciona a sus miembros cobertura a servicios prepagados, y tarifas fijas, de alta calidad dentro una red específica de proveedores en un área geográfica determinada.

Tarjeta de Identificación: es una tarjeta emitida por el HMO para identificar a sus miembros. Esta tarjeta es diferente a la de Medicaid. Ambas deberán ser presentadas al momento del servicio.

Red de Proveedores: está compuesta de todos los médicos, hospitales y otros proveedores con contratos con el HMO para proporcionar servicios a sus miembros. Para que estos servicios sean completamente cubiertos por el HMO, los miembros usualmente están limitados a recibir servicios dentro su red de proveedores. El HMO le proporciona un Directorio de Proveedores a cada nuevo miembro.

Área de Servicios: región geográfica cubierta por el HMO.

Paquete de Beneficios (= “servicios cubiertos”): constituye los servicios de Medicaid que aquellos HMO contratados por el estado son responsables de proveer. Incluyen:

Cuidados Primarios y de Especialistas	Optometrista
Cuidado de Salud Preventivo y Asesoría, Promociones de Salud	Dispositivos Ópticos
Examinación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)	Servicios de Audífonos (prótesis auditiva)
Cuidado Médico de Emergencia	Salud en el Hogar (limitada)
Hospitalización (agudo, rehabilitación y de especialidad)	Hospicio
Servicios Ambulatorios de Hospital	Equipo Médico Duradero
Laboratorio	Suministros Médicos
Radiología	Prostéticos (incluye zapatos)
Prescripción de Medicamentos	Dental
Servicios de Planificación Familiar y Suministros (dentro o fuera del plan del HMO)	Transplante de órganos
Audiología	Transportación (parcial)
Rehabilitación dentro de la Hospitalización	Cuidado Post-Agudo
Podiatra	Salud Mental/Abuso de Sustancias
Quiropráctico	(generalmente solo para clientes de la División de Discapacidades del Desarrollo, DDD)

Otros servicios, como salud mental y abuso de sustancias para los no clientes de DDD, terapias de habla, ocupacional y física, algo de transportación, facilidades de cuidado intermedio, para niños con discapacidades del desarrollo, guarderías médicas, lugares de cuidados continuos de ancianos, siguen siendo cubiertos por Medicaid pero bajo el sistema de pagos de “tarifa por servicios”, no bajo el programa de cuidado administrado. *También vea “tarifa por servicios” bajo la sección de “Pagos”, y “servicios separados (carve-out services)” bajo la sección de “Servicios”.

Administración de Cuidados: comprende los pasos para asegurar que los miembros reciban los servicios necesarios de una manera oportuna y a tiempo. Enfatiza la

prevención, la continuidad del cuidado y la coordinación de los mismos. Aboga por los miembros y enlaza servicios a través de proveedores y ambientes.

Plan de Cuidado de Salud Individual (IHCP): plan de cuidado para miembros del HMO con necesidades especiales que califiquen para un nivel más alto de manejo de cuidado basado en una Evaluación de Necesidades Complejas. El IHCP especifica metas, servicios médicos necesarios y servicios de apoyo relevantes, transporte y comunicaciones especializados, resultados apropiados, identifica barreras que impiden resultados positivos y cronologías. IHCP es desarrollado por el Administrador de Cuidado con el aporte del miembro y del Médico de Cuidado Primario (PCP); es actualizado cuando se presenta una necesidad o un cambio.

Manual del Miembro: cada nuevo miembro recibe un manual del HMO con datos sobre como este trabaja, como resolver problemas y cuales son los derechos y responsabilidades en términos del HMO.

Servicios al Miembro: es un departamento del HMO al cual usted puede contactar con preguntas, problema, y/o reclamos. Cuenta con líneas telefónicas gratuitas y trabajan de lunes a viernes durante horas de oficina. Además cuentan con líneas de emergencia que operan las 24 horas para manejar llamadas urgentes o emergencias.

NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE CUIDADOS DE SALUD

Niños con necesidades especiales de cuidados de salud: son aquellos que padecen o tienen mayor riesgo de tener condiciones físicas crónicas, de desarrollo, de comportamiento o emocionales, y que además necesitan servicios relacionados y de salud a un nivel mucho mayor de la requerida generalmente por los niños, en cuanto al tipo de servicios y a la cantidad se refiere.

Discapacidades en los Niños: impedimentos físicos o mentales en personas menores de 18 años que resultan en marcadas y severas limitaciones funcionales, que limiten la habilidad del niño para funcionar independiente, apropiada y efectivamente, de una manera adecuada para su edad, y que se espera que dichos impedimentos duren 12 meses o más, o traigan como consecuencia la muerte del paciente.

“GENTE”

Beneficiario: persona elegible a recibir servicios en el programa Medicaid de NJ. La elegibilidad para Medicaid es determinada por la Agencia de Asistencia Social del Condado (CWA) o por el Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI).

Persona Autorizada: es la persona que realiza la inscripción y toma otras decisiones de cuidado de salud por el beneficiario. Este pudiera ser un padre o guardián, o alguien señalado por la ley para tomar esas decisiones por el beneficiario.

Miembro: persona inscrita en cualquiera de los HMO de cuidado administrado por el Medicaid de NJ.

Proveedor: cualquier médico, hospital, local médico, u otra entidad profesional del cuidado de la salud que esté licenciada o autorizada para proveer servicios de cuidado de salud en el estado

Proveedor Participante: es el proveedor que ha sido contratado por el HMO para proporcionar servicios.

Proveedor No Participante (o proveedor fuera de la red): un proveedor de servicios que no tiene contrato con el HMO. Se necesita autorización previa a fin de que el HMO pague los servicios de un proveedor no participante.

Proveedor de Cuidados Primarios (PCP): profesional del cuidado de la salud que bajo el sistema de cuidado administrado es responsable de proveer cuidado médico básico, referir a proveedores especialistas, así como de la continuidad del cuidado del paciente. Algunas veces se le conoce como el “portero” (“gatekeeper”).

Los PCP pueden médicos generales de familia o pediatras, o doctores de osteopatía (DO), u otros profesionales licenciados en el área de la medicina como Enfermero Certificado Profesional (CNP), Enfermero Clínico Especialista (CNS) o Asistente Médico (PA). **Un especialista puede hacer las veces de PCP.** El profesional debe tener la voluntad y ser capaz de atender todas las responsabilidades del PCP, de acuerdo con el contrato.

Especialista: un proveedor que se concentra en una condición particular de la salud o un grupo determinado de edad. Bajo el cuidado administrado, la atención del especialista **exige un referido** del PCP.

Administrador de Cuidados: enfermero certificado o trabajador social por contrato o empleado del HMO, que es responsable de colaborar con los miembros que tienen necesidades complejas para desarrollar y supervisar el Plan de Cuidado de Salud Individual. Los Administradores de Cuidado ayudan a coordinar todos los servicios que el paciente necesite, incluyendo los servicios recibidos fuera del HMO, tales como Terapia Física, Ocupacional, del Habla y transportación.

Coordinador de Beneficios de Salud (HBC): individuos que pueden proporcionar información y asistencia a personas elegibles al cuidado administrado de Medicaid sobre como escoger, inscribirse, transferirse o resolver problemas acerca de un plan del HMO. La inscripción en el cuidado administrado de Medicaid se hace a través del HBC. El HBC está capacitado para hacer *visitas al hogar* y está empleado por la organización bajo contrato con el Estado para proveer dichos servicios (esta se llama Maximus); no es empleado del HMO.

PAGOS

Tarifa por Servicio (FFS): método tradicional de pagos bajo el cual los proveedores le cobran a Medicaid directamente por los servicios prestados. La mayoría de los miembros de los HMO del cuidado administrado de Medicaid pueden obtener algunos servicios fuera del HMO que son cobrados bajo la premisa de “tarifa por servicio”, como por ejemplo, terapia física, ocupacional o del habla y algunos cuidados de salud

en el hogar; servicios de salud mental y de abuso de sustancia a personas que no son clientes del Departamento de Discapacidades del Desarrollo de NJ.

Los recipientes de Medicaid que siguen el procedimiento correcto para sus HMOs nunca deberían recibir una cuenta. Si esto ocurriese, deberían consultar inmediatamente con su administrador de cuidados para una resolución.

LIMITES EN LOS BENEFICIOS

Referido: aprobación para que un miembro reciba servicios de un especialista o reciba otro tipo de servicios en el cuidado de la salud. El PCP comúnmente otorga el referido. Sin un referido, el HMO puede rehusar a pagar los servicios.

Referido Duradero: Su PCP puede emitir un referido para un número determinado de visitas a especialistas o a otros proveedores que usted necesitará visitar.

Autorización Previa (= “pre-autorización” o “pre-aprobación”): proceso de revisión médico o dental del HMO que le otorga permiso al proveedor a proceder con el curso del tratamiento. Algunos servicios serán pagados solamente cuando ha habido autorización previa del HMO.

Lista de Formulario (o Formulario): lista aprobada de medicamentos con prescripción y su utilización, desarrollada por cada HMO. Todo HMO tiene su propio formulario. Solamente las medicinas que aparecen en cada formulario del HMO serán pagadas por el HMO.

Si un medicamento que un miembro necesita no está en el formulario, el PCP podrá prescribir un medicamento similar que se encuentre en la lista. Para que el HMO pague medicamentos que no están en el formulario, este deberá certificar la necesidad médica del medicamento y a su vez el HMO deberá aprobar la solicitud del PCP a salirse del formulario. (Existen algunas prescripciones que son pagadas por Medicaid bajo la base de “tarifa por servicio” fuera del HMO; entre estas se encuentran: clozapine, respiridone, olanzapine, ziprasidone, quetiapine, y methadone. No es necesario un proceso de revisión para estos medicamentos)

Servicios Separados (también llamados servicios “carve-out”): refiérase a la próxima sección de “Servicios”.

SERVICIOS

Servicios Medicamento Necesarios: servicios que son consistentes con el diagnóstico del paciente, cumplen los estándares aceptados para una buena práctica médica y pueden ser proporcionados de manera segura. Los médicos clínicos del HMO podrán revisar el tratamiento propuesto por el proveedor a fin de determinar la necesidad médica.

Adicionalmente, para niños, el término medicamento necesario incluye el requerimiento adicional de que los servicios sean apropiados a la edad y estatus de salud del niño, que el servicio contribuye en general al crecimiento

físico y mental y al desarrollo del menor, y/o que el servicio ayudará a lograr o mantener de la capacidad funcional.

Equipo Médico Duradero: equipo, incluyendo tecnología de asistencia, que podrá ser utilizado repetidamente y que cumple un propósito de servicio de salud o funcional; lo ordena un profesional calificado y es apropiado para el uso en el hogar, la escuela y la comunidad.

Servicios de Diagnóstico: procedimientos médicos para identificar enfermedades, lesiones u otras condiciones de salud del miembro.

EPSDT (Evaluación Periódica y Temprana, Tratamiento y Diagnóstico): programa que cubre servicios de evaluación y diagnóstico para determinar condiciones mentales y físicas en menores de 21 años; asimismo, cubre tratamiento para corregir o reducir los efectos de las condiciones encontradas. (Bajo regulaciones por mandato federal que se encuentran en el Título XIX del Acta del Seguro Social).

Servicios fuera del área: servicios cubiertos bajo el paquete de beneficios incluido en el contrato de Medicaid a los miembros fuera del área definida de servicios.

Servicios Excluidos: servicios no proporcionados por el HMO pero cubiertos bajo el programa de Medicaid de “tarifa por servicio”. También se denominan:

“Servicios Separados (Carve-Out services),” o **“separados (carve outs)”**: estos incluyen:

- Servicios de salud mental, a menos que el beneficiario sea un cliente de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) que no resida en un instituto a través del DDD;
- ciertas prescripciones;
- servicio de asistente del cuidado personal;
- terapias, incluyendo física, ocupacional y del habla;
- algunos factores de sangre

NIVELES DE CUIDADO

Cuidados de Rutina: tratamiento de una condición que no va a empeorar si no se trata en 24 horas o que pudiera ser tratada en un sitio de menor urgencia, tal como en la oficina del doctor, o por el mismo paciente

Cuidados de Urgencia: tratamiento de una condición que no es de vida o muerte, pero que sin embargo el PCP ha determinado que necesita tratamiento en 24 horas para evitar el empeoramiento. Llame al PCP o al número de atención de 24 horas para pedir cuidados de urgencia.

- **No utilice** la sala de emergencias para procedimientos de rutina o inclusive de urgencia, ya que estos no serán pagados.

Cuidados de Emergencia: servicios ambulatorios o de hospitalización suministrados por cualquier proveedor calificado; dichos servicios son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Condición Médica de Emergencia: una condición médica con síntomas de tal severidad (inclusive con dolor) tales que una persona laica (corriente) prudente pudiera considerar que su vida corriese peligro o que su salud pudiera deteriorarse significativamente.

Persona Laica Prudente: cualquier persona sin entrenamiento médico que posee un conocimiento promedio de medicina y salud.

Llame al 911 o acuda a la sala de emergencia más cercana para una condición médica de emergencia.

INSCRIPCION Y ASIGNACION

Inscripción: proceso por el cual un individuo elegible al Medicaid aplica a un HMO en vez de aplicar a los beneficios estándares de Medicaid, y su aplicación es aprobada.

Inscripción Obligatoria: se necesita que toda persona elegible a Medicaid, a fin de recibir servicios en el paquete de beneficios, se inscriba con un HMO, a menos que exista una excepción de alguna otra manera.

Inscripción Voluntaria: proceso mediante el cual una persona elegible a Medicaid voluntariamente se inscribe en un HMO.

Excepciones: las personas que son doblemente elegibles a Medicaid/Medicare se pueden inscribir en el cuidado administrado de Medicaid, pero hasta nuevo aviso no están obligadas a hacerlo.

Exoneración: a algunos beneficiarios de Medicaid con necesidades médicas complejas o con necesidades de salud mental que tienen proveedores que no están en ninguna red HMO de Medicaid, se les puede permitir que continúen recibiendo servicios de los mismos proveedores; es decir, no tendrán que inscribirse en el cuidado administrado de Medicaid. Las exoneraciones deberán ser aplicadas a través del Coordinador de Beneficios de Salud (HBC). Cada solicitud de exoneración es revisada, y si resulta en una negación, esta pudiera ser apelada a través del Proceso de Audiencia Justa de Medicaid.

Período de Inscripción: tiempo en que usted decide que HMO va a escoger.

“Des-inscripción”: destitución de un miembro de un HMO particular, pero no de Medicaid.

Designación Automática o “Auto-Designación”: proceso mediante el cual el Estado asigna beneficiarios de Medicaid a un HMO cuando los beneficiarios no escogen por sí mismos.

Designación del PCP: proceso mediante el cual los beneficiarios de Medicaid inscritos en un HMO de Medicaid reciben un Proveedor de Cuidados Primarios (PCP) cuando estos no escogen por sí mismos.

Transferencias: cambio de un miembro de un HMO a otro HMO.

RESOLUCION DE PROBLEMAS

Reclamo: protesta por parte de un miembro acerca de la conducta del HMO, o una acción o falta de acción por parte del HMO, o cualquier otro asunto en que el miembro se siente agraviado por el HMO; esto es comunicado al HMO y el HMO lo pudiera resolver en el lapso de un día (24 horas) a partir del momento en que se recibe.

Agravio: toda queja presentada por escrito o verbalmente que no se pudo resolver en el mismo día en que se recibió.

Procedimiento de Reclamo o Agravio: proceso dentro del HMO para consumidores o proveedores a fin de tratar los desacuerdos en cuanto a servicios, procedimientos o facturaciones. .

Explicación: razón médica para una decisión negativa (y la terminología de la política del HMO que permite esa decisión)

Reclamo Disputado: reclamo que es negado debido a que este no es elegible, la información está incompleta o incorrecta, la cantidad reclamada está en disputa o el reclamo requiere tratamiento especial.

Apelación: una solicitud formal, por teléfono o por escrito, ante un plan de salud para cambiar una decisión basada en una necesidad médica.

Audiencia Imparcial: el proceso mediante el cual los beneficiarios de Medicaid utilizan sus derechos legales para apelar contra decisiones negativas de su HMO en frente de un juez o tribunal superior

Organización de Revisión de Utilización Independiente (IURO): el cuerpo independiente al cual la Oficina de Cuidados Administrados del Departamento de Salud y Servicios para Personas de Edad de Nueva Jersey, refiere apelaciones que no se han podido resolver dentro del proceso del HMO. El IURO no tiene vínculos con el HMO.

VOLVER

FAMILY VOICES
Speaking on behalf of children
with special health care needs

Voces de Familia de Nueva Jersey en la red Estatal de Defensoría de Padres, Inc.
1-800-654-SPAN, x 110
email: familyvoices@spannj.org

♥FamilyVoices of New Jersey. 2002