Programa OhioRISE 2026

Manual para proveedores

OhioRISE, la atención de salud conductual especializada de Aetna Better Health® of Ohio

AetnaBetterHealth.com/OhioRISE

2793622-SP-OHR (01/26)

OhioRISE | aetna

Índice

Sección I: Introducción 6

- **Le damos la bienvenida** 6
- **Acerca de Aetna Better Health** 6
- **Experiencia e innovación** 6
- **OhioRISE** 6
- **Elegibilidad para OhioRISE** 7
- **Servicios de OhioRISE** 7
- **Elegibilidad para la exención de OhioRISE** 8
- **Servicios de exención de OhioRISE** 9
- **Acerca de este Manual para proveedores** 9
- **Descargo de responsabilidad** 9

Sección II: Información básica del plan 11

- **Información de contacto** 11
- **Información del representante del proveedor: Descripción general del Departamento de Experiencia para Proveedores** 15

Sección III: Recursos para proveedores 17

- **Portal de proveedores** 17
- **Informe de errores del sistema en el pago de las reclamaciones (CSPE)** 17
- **Consejo Asesor de Proveedores (PAC) de Aetna** 17
- **Políticas y procedimientos de Aetna Better Health of Ohio** 17
- **Servicios para proveedores (centro de atención telefónica), información de la línea de ayuda gratuita para proveedores** 18
- **Reclamos de los proveedores** 18
- **Anexo de Medicaid** 19

Sección IV: Responsabilidades del proveedor 20

- **Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1997** 20
- **Incumplimiento de la información de salud protegida (PHI)** 21
- **Solicitudes de privacidad de los miembros** 22
- **Requisitos de interpretación y traducción** 22
- **Capacitación y cambios en la administración de consultorios** 23
- **Competencia cultural y servicios lingüísticos** 23
- **Normas de acceso y disponibilidad** 24
- **Administración de Calidad de OhioRISE: Propósito del programa** 26
- **Alcance del programa** 27
- **Comités de Supervisión de la Administración de Calidad** 28

Estructura del Comité de OhioRISE 28
Apoyo a las actividades de mejora de la calidad (QI) 29
Derechos de los miembros de OhioRISE 29
Sección V: Inscripción, acreditación y contratación de proveedores 31
Inscripción de proveedores (funciones ODM): Acreditación/renovación de la acreditación 31
Acreditación inicial de profesionales individuales 31
Renovación de la acreditación de profesionales individuales 32
Renovación de la acreditación de centros 32
Información general para proveedores/información de inscripción 32
Cancelación, suspensión o denegación de la inscripción de proveedores del ODM 32
Pérdida de licencias 32
Inscripción y reincorporación después de la cancelación o denegación 33
Mantenimiento de proveedores 33
Centro de llamadas para proveedores del ODM 33
Información útil 33
Reclamos 34
Contratación de proveedores (funciones del plan OhioRISE), información sobre el proceso de contratación 34
Descripción general del Departamento de Experiencia para Proveedores 34
Anexo de Medicaid 35
Finalización, suspensión o denegación de la inscripción de proveedores de ODM: Finalización, suspensión o denegación de la inscripción de proveedores de ODM 36
Inscripción y reincorporación después de la cancelación o denegación 36
Apelaciones del proveedor 36
Proveedores fuera de la red: Transición de la atención 37
Centro de llamadas para proveedores de Aetna Better Health 38
Línea de ayuda gratuita para proveedores 38
Sección VI: Servicios cubiertos 39
Servicios móviles regionales de respuesta y estabilización (MRSS Regional) 40
Documentación de las remisiones 44
Telesalud 44
Beneficios no cubiertos 44
Responsabilidad financiera por los servicios prestados a niños y jóvenes de OhioRISE (Protocolo de servicios mixtos) 45
Descripción general del Sistema de Quejas para los miembros 45
Quejas 46
Extensión de quejas 46

Resolución de quejas aceleradas **46**
Reclamos reglamentarios **46**
Sección VII: Coordinación de la atención **47**
Identificación de las necesidades de los miembros **47**
Papel del proveedor en la coordinación de la atención **47**
Servicios de exención 1915(c) de OhioRISE **48**
Papel del proveedor en la coordinación de la atención y los programas de administración de la atención **49**
Información de la delegación de coordinación de la atención: Servicios de salud mental/abuso de sustancias **49**
Proceso de remisión para miembros que necesitan asistencia de salud mental/ por abuso de sustancias **49**
Coordinación de los servicios de salud mental y salud física **49**
Sección VIII: Gestión de Utilización **51**
Proceso de presentación de autorización previa: Proceso y formato **52**
Cómo solicitar autorizaciones previas **52**
Procedimientos de apelación para proveedores: Consultas entre pares **53**
Revisión médica externa **53**
Cómo solicitar una revisión médica externa **54**
Revisión de la EMR: **55**
Sección IX: Información sobre reclamaciones **56**
Descripción general del sistema de administración de la red de proveedores (PNM) **56**
Descripción general de consultas y reclamaciones de facturación **56**
Cuándo facturar a un miembro **56**
Cuándo presentar una reclamación **56**
Reclamaciones limpias **56**
Presentación oportuna de reclamaciones **57**
Proveedores no participantes: Presentación de nuevas reclamaciones **57**
Lesiones debido a un accidente **57**
Cómo presentar una reclamación **57**
Puntos importantes para recordar **58**
Iniciativa de codificación correcta **58**
Codificación correcta **58**
Codificación incorrecta **58**
Modificadores **59**
Disputas y nuevas presentaciones de reclamaciones **59**
Nueva presentación de reclamaciones **59**

Consulta del estado de las reclamaciones **60**
Estado en línea a través de nuestro portal web seguro **60**
Aviso de envío de pagos a proveedores **60**
Información sobre pagos completos **61**
Pago de reclamaciones **62**
Proceso y requisitos para la apelación de reclamaciones denegadas: Proceso de disputa de reclamaciones de proveedores **62**
Nueva presentación de reclamaciones **62**
Sección X: Presentación de informes **63**
Revisión de registros médicos **63**
Normas de registros médicos **64**
Registros médicos **64**
Políticas y procedimientos del plan OhioRISE en respuesta a servicios de atención médica no prestados, inapropiados o deficientes **65**
Unidad de Investigaciones Especiales (SIU) **65**
Cómo informar afecciones prevenibles causadas por proveedores (PPC)/ afecciones adquiridas en el hospital (HAC) **65**
Informe de incidentes **66**
Información que se debe reportar **66**
Sección XI: Programa de cuidado administrado de próxima generación **68**
Programa de cuidado administrado de Medicaid **68**
Administrador de beneficios de farmacia única (SPBM) **68**

Sección I: Introducción

Le damos la bienvenida

Le damos la bienvenida a Aetna Better Health® of Ohio Inc., una corporación de Ohio, que opera bajo el nombre comercial de Aetna Better Health of Ohio, el plan OhioRISE. Nuestra capacidad para brindar un excelente servicio a nuestros miembros depende de la calidad de nuestra red de proveedores. Si se une a nuestra red, nos ayuda a atender a los residentes de Ohio que más nos necesitan.

Acerca de Aetna Better Health

Aetna Better Health es el plan de cuidado administrado de Medicaid de Aetna. Con el respaldo de más de 30 años de experiencia en la administración de la atención de personas con una amplia variedad de necesidades de atención médica, nuestros planes de Medicaid han demostrado que recibir la ayuda adecuada cuando los miembros la necesitan es fundamental para una mejor salud. Por eso, los planes de Medicaid de Aetna incluyen la orientación y el apoyo necesarios para conectar a nuestros miembros con la cobertura, los recursos y la atención adecuados.

Experiencia e innovación

Nos dedicamos a mejorar la satisfacción de los miembros y proveedores al utilizar herramientas como el modelo predictivo, la coordinación de la atención y la tecnología de última generación para lograr ahorros de costos y ayudar a los miembros a lograr la mejor salud posible a través de una variedad de modelos de servicio.

Trabajamos en estrecha colaboración y en cooperación con médicos y hospitales para lograr mejoras sostenibles en la prestación de servicios. Estamos comprometidos a continuar con las mejoras significativas en la atención preventiva al enfrentar los desafíos de la educación sobre salud y las barreras personales para llevar una vida saludable.

En la actualidad, Aetna posee y administra planes de atención médica administrada de Medicaid para más de tres millones de miembros. Además, Aetna brinda servicios de coordinación de la atención a cientos de miles de miembros de Medicaid con altos costos y grandes necesidades. Aetna utiliza una variedad de sistemas de prestación de servicios, incluidos planes de salud totalmente capitados, administración de atención compleja y organizaciones de servicios administrativos.

OhioRISE

El programa OhioRISE (Ohio, Resiliencia a través de Sistemas Integrados y Excelencia) es uno especializado de cuidado administrado para jóvenes con necesidades complejas de salud conductual y multisistémicas.

OhioRISE tiene como objetivo ampliar el acceso a servicios basados en el hogar y en la comunidad para los inscritos.

Los coordinadores de atención de Aetna Better Health of Ohio, junto con los coordinadores de atención de nuestras entidades de administración de atención (CME) regionales contratadas, garantizan que los miembros de OhioRISE y sus familias tengan los recursos que necesitan para desenvolverse en sus interacciones con múltiples sistemas, como la justicia de menores, la protección infantil, las discapacidades del desarrollo, la salud mental y las adicciones, la educación, entre otros. Una persona que está inscrita en el Programa OhioRISE mantiene su inscripción en la

organización de cuidado administrado (MCO) o en el pago por servicio (FFS) para su beneficio de salud física. La MCO de un miembro se incluye en la coordinación de su atención.

El Departamento de Medicaid de Ohio (ODM), las agencias estatales, el Centro de Excelencia en Salud Conductual para Niños y Adolescentes (CABHCOE), los proveedores, las familias, Aetna y las partes interesadas locales que prestan servicios a los niños están participando a través de un consejo asesor y grupos de trabajo para desarrollar e implementar los componentes principales de OhioRISE y los servicios nuevos y mejorados. OhioRISE cuenta con una exención 1915(c). Los objetivos de la exención son reducir los riesgos y prevenir los desenlaces negativos para la salud y la vida en los niños y jóvenes con trastornos emocionales graves y con problemas funcionales.

Elegibilidad para OhioRISE

Los niños y jóvenes que cumplan con estos criterios son elegibles para OhioRISE:

- Se determina que son elegibles para Medicaid, ya sea para recibir cuidado administrado o pago por servicio.
- Son menores de 21 años.
- No están inscritos en un plan de MyCare.
- Cumplen con el umbral de necesidades funcionales para la atención de la salud conductual, según lo determinado por la herramienta de evaluación de las Necesidades y fortalezas de niños y adolescentes (CANS) o según lo determinado por una admisión de pacientes internados por un servicio de salud conductual.

Servicios de OhioRISE

Todos los servicios cubiertos por OhioRISE se describen en la norma 5160-59-03 del Código Administrativo de Ohio, incluidos los servicios de salud conductual existentes y los siguientes servicios nuevos y mejorados disponibles a través de OhioRISE:

- **Coordinación de la atención en tres niveles diferentes:**
    - Nivel 1: Aetna ofrece coordinación de atención limitada (LCC) y es para niños o jóvenes que necesitan una coordinación de atención de menor intensidad.
    - Nivel 2: La coordinación de atención moderada (MCC) es brindada por entidades de administración de atención (CME) regionales contratadas e incluye estrategias basadas en principios de asistencia integral.
    - Nivel 3: La coordinación de atención intensiva (ICC) es brindada por CME regionales contratadas y es coherente con los principios de asistencia integral de alta fidelidad. El Nivel 3 es para niños y jóvenes con las mayores necesidades de salud conductual.
- **Tratamiento intensivo en el hogar (IHBT):** Ofrece a niños, jóvenes y familias servicios de salud conductual intensivos y por tiempo limitado que ayudan a estabilizar y mejorar el funcionamiento de la salud conductual del niño o joven.
- **Centros de tratamiento residencial psiquiátrico (PRTF) del estado:** Los servicios en PRTF están cubiertos cuando los niños o jóvenes necesitan este nivel de atención en centros ubicados dentro y fuera de Ohio. El servicio de PRTF de Ohio permitirá que los niños y jóvenes con necesidades de salud conductual de nivel más intensivo permanezcan en el estado y estén más cerca de sus familias y sistemas de apoyo. Ohio continúa abriendo y expandiendo las instalaciones de PRTF para mantener a los miembros en el estado y más cerca de casa, lo que permite que las familias se involucren más. A medida que el programa evoluciona, los PRTF dentro del estado se utilizarán para fomentar una menor dependencia de centros fuera del estado.

- **Cuidados paliativos y salud conductual:** Proporciona alivio temporal a corto plazo a los cuidadores primarios de un joven inscrito en el plan OhioRISE, para apoyar y preservar la relación de cuidado primario.
- **Fondos flexibles principales:** Ofrece financiación para comprar servicios, equipos o suministros que no se proporcionan de otra manera mediante Medicaid y que cubren una necesidad en el plan de servicios de un niño o joven. Los fondos deben utilizarse para adquirir servicios o productos que permitan reducir la necesidad de otros servicios de Medicaid, mantener seguros a los niños y a las familias en sus hogares, o ayudar al niño o joven a integrarse mejor en la comunidad. Para obtener más información sobre los fondos flexibles principales, consulte la página 45.
- **Servicios de respuesta móvil y de estabilización (MRSS):** Los MRSS proporcionan atención rápida cuando un niño o un joven presenta un problema importante de conducta o de angustia emocional. Está disponible en el hogar, la escuela o en otro lugar de la comunidad. También puede ofrecer hasta 42 días de servicios intensivos en el hogar y conexiones con apoyos continuos. Este servicio está disponible para cualquier niño o joven en Ohio.

Elegibilidad para la exención de OhioRISE

El propósito de una exención 1915(c) de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) de Medicaid es proporcionar servicios a los miembros que tienen un nivel de atención que los haría elegibles para recibir servicios en un centro institucional. Los servicios de exención de OhioRISE están vinculados a un tipo de institución/centro psiquiátrico para pacientes internados. La exención está diseñada para proporcionar a los miembros que cumplen con los criterios de nivel de atención psiquiátrica para pacientes internados, junto con los criterios de elegibilidad adicionales, los apoyos necesarios para vivir en la comunidad en lugar de en una institución.

Además de cumplir con la elegibilidad para Medicaid y el Programa OhioRISE, un niño o joven también debe cumplir con los siguientes requisitos para ser elegible para la exención de OhioRISE:

- Tener un nivel de atención psiquiátrica para pacientes internados.
- Tener un diagnóstico de un trastorno emocional grave (también conocido como SED).
- Tener limitaciones funcionales documentadas1.
- Necesitar al menos uno de los servicios de exención de OhioRISE.
- Tener necesidades de exención que sean menores o iguales al límite de costo del servicio de exención de $15,000.

La elegibilidad para OhioRISE en el momento de la inscripción inicial se limita a niños y jóvenes de 20 años o menos. Sin embargo, una vez inscrito, una persona joven puede continuar inscribiéndose en la exención de OhioRISE hasta los 22 años.

Una vez que una persona decide solicitar la exención de OhioRISE, atravesará el proceso de evaluación de elegibilidad para la exención, que será realizado por una entidad de administración de atención (CME). El ODM determinará la elegibilidad para la exención en función de la evaluación realizada por la CME.

Si la evaluación de elegibilidad para la exención muestra que un niño o joven es elegible para la exención de OhioRISE y actualmente está inscrito en Medicaid, el Departamento de Medicaid de

1 Las limitaciones funcionales son ciertos comportamientos intensos que un niño o joven presenta y que generan preocupaciones sobre su salud y seguridad, así como la de las personas que lo rodean, incluso en su hogar y comunidad. Estas limitaciones y comportamientos limitan sustancialmente o interfieren con el papel del niño o joven en su familia, escuela o comunidad y tienden a resultar en la institucionalización o la renuncia a la custodia del sistema de bienestar infantil.

Ohio (ODM) lo inscribirá en la exención, y si aún no está inscrito en una organización de cuidado administrado (MCO), se asignará una MCO para la inscripción. Si la evaluación de elegibilidad para la exención muestra que un niño o joven no es elegible para la exención de OhioRISE, se emitirá un aviso de denegación con derecho a audiencia a su dirección postal.

Si un niño o joven no es elegible para la exención, pero ya está inscrito en Medicaid de Ohio, se puede explorar su elegibilidad para el Programa OhioRISE, que es independiente de la exención de OhioRISE. Si la evaluación de elegibilidad para la exención muestra que un niño o joven es elegible para la exención de OhioRISE, pero aún no está inscrito en Medicaid, se debe presentar una solicitud de Medicaid en su nombre. El ODM determinará la elegibilidad para Medicaid.

- Si se determina que el joven es elegible para Medicaid, el ODM lo inscribirá en Medicaid, en el Programa OhioRISE y en la exención de OhioRISE, y se le pedirá al joven y a sus cuidadores que seleccionen una MCO.
- Si se determina que el joven no es elegible para Medicaid, se emitirá un aviso de denegación con derecho a audiencia a la dirección postal del niño o joven.
- Recuerde que los miembros no pueden estar inscritos en la exención de OhioRISE y en otra exención 1915(c), como la exención de atención domiciliaria de Ohio, al mismo tiempo.

Servicios de exención de OhioRISE

Además de todos los demás servicios de OhioRISE, los miembros de los servicios de exención también reciben tres servicios complementarios que son los siguientes:

- **Cuidados paliativos fuera del hogar:** Un servicio proporcionado fuera del hogar del joven que proporcionará alivio temporal a corto plazo al cuidador primario o a los cuidadores de un joven inscrito en el plan OhioRISE.
- **Servicios y apoyos de transición:** Servicios destinados a apoyar a los jóvenes y sus familias que están atravesando cambios en las circunstancias/ubicaciones u otras condiciones de calificación.

  Fondos flexibles secundarios: Servicios, equipos o suministros, que no se proporcionan de otra manera a través de la exención o a través del plan estatal de Medicaid, que están diseñados para satisfacer la necesidad de los jóvenes de abordar los comportamientos.

Acerca de este Manual para proveedores

El Manual para proveedores sirve como recurso y describe las operaciones de Aetna Better Health of Ohio. A través del Manual para proveedores, los proveedores deben poder encontrar información sobre la mayoría de los problemas que pueden afectar el trabajo con nosotros. Si tiene alguna pregunta, problema o inquietud que el Manual para proveedores no aborde en su totalidad, llame a nuestro Departamento de Experiencia para Proveedores al **1-833-711-0773 (opción 2)** para resolver inquietudes.

Nuestro Departamento de Experiencia para Proveedores actualizará el Manual para proveedores al menos una vez al año y distribuirá boletines según sea necesario para incorporar cualquier revisión/cambio. Visite nuestro sitio web en www.aetnabetterhealth.com/OhioRISE para obtener la versión más reciente del Manual para proveedores o actualizaciones. El Manual para proveedores de OhioRISE está disponible sin cargo alguno en forma impresa o en CD-ROM. Comuníquese con Servicios para Proveedores al **1-833-711-0773 (opción 2)** para solicitar una copia.

Descargo de responsabilidad

Los proveedores tienen la obligación contractual de adherirse y cumplir con todos los términos del plan OhioRISE y con su Acuerdo de proveedor de Aetna Better Health of Ohio, incluidos todos los requisitos descritos en este manual, además de todas las regulaciones estatales y federales que rigen a un proveedor.

Si bien este manual contiene información básica sobre Aetna Better Health of Ohio, se requiere que los proveedores del ODM comprendan plenamente y apliquen cualquier requisito adicional del Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) o los requisitos federales al administrar los servicios cubiertos.

Consulte el sitio web de cuidado administrado de Medicaid del ODM para obtener más información:

https://managedcare.medicaid.ohio.gov/home.

Sección II: Información básica del plan

Información de contacto

Los proveedores que tengan preguntas adicionales pueden consultar los siguientes números de teléfono de Aetna Better Health of Ohio:

Contactos importantes	Número de teléfono	Horario y días de atención (excepto los feriados de Aetna Better Health of Ohio)
Aetna Better Health of Ohio	**833-711-0773** (Siga las indicaciones para contactar a los departamentos correspondientes)	07:00 a. m. a 08:00 p. m., hora estándar del este, de lunes a viernes
Línea directa de cumplimiento de Aetna Better Health of Ohio para fraude, uso indebido o abuso	**833-865-0278**	Durante las 24 horas, los 7 días de la semana a través de la bandeja de entrada del correo de voz
Unidad de Investigaciones Especiales (SIU) de Aetna Better Health of Ohio para fraude, uso indebido o abuso	**800-338-6361**	Durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Aetna Better Health of Ohio Departamento	Número de teléfono
Member Services	**833-711-0773**
Servicios para Proveedores y disputas por reclamaciones de los proveedores	**833-711-0773**
Coordinación de la atención (incluye servicios de salud conductual)	**833-711-0773**
Autorización médica previa	**833-711-0773**
Autorización previa para farmacia	OhioRISE cubre los medicamentos administrados por el proveedor en el consultorio para tratar los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias. Para todos los miembros de OhioRISE, todos los demás servicios y beneficios de farmacia se brindan a través de Gainwell Technologies. Su línea de apoyo para miembros es **833-491-0344 (TTY 711).**

Recursos comunitarios	Información de contacto
Servicios de apoyo de respuesta móvil (MRSS) Las personas de 20 años o menores que estén experimentando una crisis conductual o de salud mental, y sus familias, pueden comunicarse al **988** para obtener apoyo inmediato. Los socorristas capacitados están disponibles para brindar servicios de salud conductual en el hogar o en otro lugar seguro.	Llame o envíe un mensaje de texto al 988. Chatee en línea en **988Lifeline.org**

Contratistas	Número de teléfono	Horas y días de atención
Servicios de interpretación (Servicios de interpretación, incluido el lenguaje de señas, servicios especiales para personas con problemas auditivos, traducción oral e interpretación oral).	Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **833-711-0773** para obtener más información sobre cómo programar estos servicios antes de una cita.	De 07:00 a. m. a 08:00 p. m., hora estándar del este de lunes a viernes

Contactos de agencias y contactos importantes	Número de teléfono	Horario y días de atención
Sitio web principal del Departamento de Medicaid de Ohio (ODM): **medicaid.ohio.gov/** Sitio web para proveedores: **https://managedcare.medicaid.ohio.gov/managedcare/centralized-credentialing** 50 West Town Street, Suite 400 Columbus, Ohio 43215 **Nota:** Servicio de asistencia integrada del ODM: Si tiene preguntas o necesita ayuda con su inscripción en Medicaid de Ohio, llame a la Línea directa para proveedores del ODM al **800-686-1516** a través del sistema de respuesta de voz interactiva (IVR). Ofrece acceso a la información sobre proveedores las 24 horas, los 7 días de la semana. Los representantes de los proveedores están disponibles a través del sistema IVR de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 04:30 p. m., para ayudar a los proveedores.	Servicio de asistencia integrada **800-686-1516**	De 08:00 a. m. a 04:30 p. m., hora estándar del este de lunes a viernes
Soporte de Office Ally: **https://cms.officeally.com/**	Línea directa para representantes: **360-975-7000**	durante las 24 horas, los 7 días de la semana
Línea directa de reclamos de la Oficina del procurador general de Ohio	**800-282-0515**	De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., hora estándar del este (excepto los feriados y fines de semana. El servicio de buzón de voz estará disponible siempre que se conecte la línea directa).
Auditor de Estado de Ohio	**866-372-8364**	durante las 24 horas, los 7 días de la semana
La Oficina Federal del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. (Fraude)	**800-HHS-TIPS (1-800-447-8477)**	durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Enlaces o direcciones importantes Enlaces y direcciones	
Disputas de Aetna Better Health of Ohio (proveedores participantes)	**apps.availity.com/availity/Demos/Registration/index.htm** Las disputas se presentan en línea a través de Availity.
Apelaciones de Aetna Better Health of Ohio (proveedores participantes)	**apps.availity.com/availity/Demos/Registration/index.htm**
Apelaciones/disputas de Aetna Better Health of Ohio (proveedores no participantes)	Aetna Better Health of Ohio Correo postal de Apelaciones y Quejas de proveedores Aetna Better Health of Ohio PO Box 81040 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181
Presentación de reclamaciones	La presentación de reclamaciones se realizará a través de la identificación de Office Ally: 45221 **https://www.aetnabetterhealth.com/ohiorise/providers/file submit-claims.html**

Proveedores de Medicaid contratados por el ODM			
Contactos de agencias y contactos importantes	**Número de teléfono**	**Sitio web**	**Contacto**
United Healthcare Community Plan of Ohio	**800-600-9007**	**uhcprovider.com/**	N/C
Humana Health Plan of Ohio	**877-856-5707**	**Humana.com/HealthyOH**	OHMedicaidProvider Relations@humana.com
Molina Health Plan of Ohio	**855-322-4079**	**molinahealthcare.com/ provide rs/oh/medicaid/ home.aspx**	OHContractRequests@ MolinaHealthCare.com
AmeriHealth of Ohio	**833-296-2259**	**amerihealthcaritas.com/ providers**	ProviderRecruitmentOH@ amerihealthcaritas.com
Anthem Blue Cross and Blue Shield	**1-844-912-1226**	**anthem.com/provider/ gettingstarted/**	OHMedicaidProvider Questions@Anthem.com
CareSource Ohio	**800-488-0134**	**caresource.com/oh/ providers/ education/ become- caresource-provider/**	Ohio_Provider_Contrac ting@caresource.com
Buckeye Community Health Plan	**866-246-4356**	**buckeyehealthplan.com/ providers.html**	OHNegotiators@ CENTENE.COM

Información del representante del proveedor: Descripción general del Departamento de Experiencia para Proveedores

Nuestro Departamento de Experiencia para Proveedores actúa como enlace entre Aetna Better Health of Ohio y la comunidad de proveedores. Nuestro personal está compuesto por gerentes de Relaciones de Red y asesores de Relaciones de Red, así como representantes de Experiencia para Proveedores. Nuestro equipo de Relaciones de Red realiza capacitaciones presenciales para proveedores, identificación y resolución de problemas, visitas a consultorios de proveedores y auditorías de accesibilidad.

Nuestros representantes de Experiencia para Proveedores están disponibles por teléfono o correo electrónico para brindar soporte telefónico o electrónico a todos los proveedores. A continuación, se detallan algunas de las áreas en las que brindamos asistencia:

- Situación contractual.
- Información sobre cómo actualizar la ubicación/dirección a través del módulo de administración de la red de proveedores (PNM).
- Información sobre actualizaciones recientes de políticas o regulaciones del plan de salud.
- Asistencia para encontrar formularios.
- Asistencia con la revisión de reclamaciones o avisos de envío de pagos, incluidas preguntas relacionadas con reclamaciones y facturación.

- Información sobre denegaciones de proveedores.
- Instrucciones para los proveedores que necesitan presentar un reclamo o impugnar o apelar la falta de prestación de servicios cubiertos por parte del plan de salud (incluidos los servicios estatales).
- Información sobre quejas y apelaciones de los miembros.
- Información sobre servicios de traducción/interpretación.
- Información sobre los servicios cubiertos para los miembros.
- Instrucciones sobre cómo presentar una autorización previa o una determinación de cobertura (incluidas las excepciones).
- Información sobre cómo consultar los servicios que requieren autorización previa.
- Información sobre las orientaciones para proveedores.
- Información sobre la coordinación de servicios.
- Información sobre las responsabilidades de los proveedores.
- Asistencia para verificar la elegibilidad de los miembros.
- Asistencia para revisar la información de los miembros en el Portal de atención para miembros.
- Instrucciones sobre cómo localizar a un proveedor o especialista participante en nuestra red.
- Instrucciones sobre cómo localizar las páginas web de búsqueda de proveedores de la organización de cuidado administrado (MCO) del Departamento de Medicaid de Ohio (ODM).
- Instrucciones sobre cómo buscar en la Lista unificada de medicamentos preferidos del ODM.
- Instrucciones sobre cómo ponerse en contacto con Availity.

Sección III: Recursos para proveedores

Portal de proveedores

Disputas de Aetna Better Health of Ohio (proveedores participantes)	**apps.availity.com/availity/Demos/Registration/index.htm**
	Las disputas se presentan en línea a través de Availity.

Informe de errores del sistema en el pago de las reclamaciones (CSPE)

Los errores del sistema en el pago de las reclamaciones (CPSE) son reclamaciones que se presentaron a Aetna, pero la adjudicación se produjo incorrectamente. Estas reclamaciones fueron pagadas en forma insuficiente, pagadas en exceso o denegadas debido a un error del sistema. Para que una reclamación se considere CPSE, el impacto debe haber afectado a cinco o más proveedores.

Si se produce un error CPSE, se enviará una notificación al Departamento de Medicaid de Ohio (ODM). La notificación incluirá lo siguiente:

- Definición del error.
- Fecha en la que ocurrió el error.
- Tipos de proveedores afectados.
- Número de reclamaciones afectadas.
- Cronograma para corregir el problema en el sistema.
- Fecha tentativa de corrección.

Aetna proporcionará actualizaciones mensuales del ODM sobre el estado del error y la finalización de su resolución. La información sobre los CPSE se publicará en nuestro sitio web y se actualizará mensualmente para que la comunidad de proveedores revise el estado de cada CPSE. Los proveedores pueden encontrar esta información en **AetnaBetterHealth.com/OhioRISE**

Consejo Asesor de Proveedores (PAC) de Aetna

El propósito del Consejo Asesor de Proveedores (PAC) es que el plan OhioRISE pueda recopilar opiniones, debatir y conocer temas que afectan a los proveedores, identificar desafíos y barreras, resolver problemas, compartir información y, de manera colectiva, encontrar formas de mejorar y fortalecer el sistema de prestación de servicios de atención médica. El PAC revisaría las preguntas de la Encuesta anual de satisfacción de proveedores y proporcionaría información sobre cambios/ediciones/actualizaciones antes de que se ejecuten esas encuestas. El consejo se centraría en una revisión continua de la operación del programa, la identificación de posibles mejoras del programa y las oportunidades de mejora.

Políticas y procedimientos de Aetna Better Health of Ohio

Nuestras políticas y procedimientos integrales y sólidos están implementados en todo nuestro plan de salud para garantizar que se cumplan todas las normas de cumplimiento y regulación. Nuestras políticas y procedimientos se revisan anualmente y se realizan las actualizaciones necesarias. En caso del cambio de alguna política, Aetna Better Health notificará a los proveedores con 30 días de anticipación a su implementación. Nuestras políticas están incluidas en este Manual para proveedores y también están disponibles en línea en: **AetnaBetterHealth.com/OhioRISE**.

Servicios para proveedores (centro de atención telefónica), información de la línea de ayuda gratuita para proveedores

La línea de ayuda gratuita para proveedores, **833-711-0773** (opción 2), será atendida por el representante

de la Experiencia para Proveedores de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 08:00 p. m., hora estándar del este, excepto los siguientes feriados de Aetna Better Health of Ohio:

- Año Nuevo
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día de los Caídos
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día después de Acción de Gracias
- Navidad

Un sistema automatizado y un correo de voz seguro estarán disponibles para los proveedores de lunes a viernes, de 08:01 p. m. a 06:59 a. m., hora estándar del este, y durante las 24 horas los fines de semana y feriados. Nuestro personal de Servicios para Proveedores responderán los mensajes de voz de manera oportuna.

Reclamos de los proveedores

Formulario de reclamo de proveedores del Departamento de Medicaid de Ohio	**https://providercomplaints.ohiomh.com/ComplaintForm.aspx?forceredirect=true**
Línea directa para proveedores	**1-800-686-1516**

Orientación y capacitaciones para proveedores

Nuestro Departamento de Experiencia para Proveedores brinda orientación inicial para los proveedores recién contratados. Se requiere que los proveedores asistan a una sesión de orientación dentro de los 75 días calendario posteriores a la incorporación a nuestra red. En seguimiento a la orientación inicial, nuestro Departamento de Experiencia para Proveedores ofrece una variedad de foros para la capacitación y educación continua del proveedor, como visitas de rutina al consultorio/sitio, seminarios web, sesiones de capacitación grupales o individualizadas sobre temas seleccionados (por ejemplo, estándares de disponibilidad de citas, codificación de reclamaciones, beneficios para miembros y navegación por el sitio web), distribución de boletines informativos periódicos para proveedores y boletines informativos que contienen actualizaciones y recordatorios, y recursos en línea a través de nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/OhioRISE**.

Formularios

Página del formulario del Departamento de Medicaid de Ohio	**https://medicaid.ohio.gov/stakeholders-andpartners/legal-and-contracts/forms/forms**

Formulario de consentimiento	Los formularios de consentimiento se pueden actualizar directamente en **Dynamo**. La plantilla se encuentra en **Dynamo**: **Care Coordination Consent Event.docx (aetna.com**) Los usuarios que **no utilizan Dynamo** deben comunicarse con Coordinación de la atención a través de **OhioRISECareCoordination@Aetna.com** con la información requerida para completar el evento.

Formulario de apelación estandarizado

Disputas de Aetna Better Health of Ohio (proveedores participantes)	**apps.availity.com/availity/Demos/Registration/index.htm** Las disputas se presentan en línea a través de Availity.
Apelaciones de Aetna Better Health of Ohio (proveedores participantes)	**apps.availity.com/availity/Demos/Registration/index.htm**

Formularios de apelación específicos para proveedores

Apelaciones de Aetna Better Health of Ohio (proveedores no participantes)	Aetna Better Health of Ohio Provider A&G Mail Aetna Better Health of Ohio PO Box 81040 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181
Presentación de reclamaciones	La presentación de reclamaciones se realizará a través de la identificación de Office AllyPayer: 45221 **https://cms.officeally.com/**

Anexo de Medicaid

El Anexo de Medicaid del ODM complementa el contrato o acuerdo base entre las organizaciones de cuidado administrado y los proveedores, y se ejecuta simultáneamente con los términos del contrato o acuerdo base. El Anexo se limita a los términos y condiciones que rigen la prestación y el pago de los servicios de salud prestados a los miembros de Medicaid. El Anexo A es necesario para identificar la capacidad de los proveedores y la ubicación de los servicios. El Anexo B solo se requiere para que los proveedores del hospital identifiquen los servicios u objeciones religiosas/morales. El Anexo C solo se requiere cuando el contrato entre la entidad de cuidado administrado y el proveedor incluye menos especialidades que las que el proveedor ha identificado en el Sistema de Administración de la Red de Proveedores. El anexo más reciente de Medicaid está publicado en el sitio web del ODM que se indica aquí: **https://medicaid.ohio.gov/resources-for-providers/managed-care/mcpolicy/managed-care-program-appendix/managed-care-program-addenda**

El anexo debe completarse junto con su contrato del proveedor del plan OhioRISE.

Sección IV: Responsabilidades del proveedor

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1997

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1997 contiene numerosas disposiciones que afectan a la industria de atención médica, incluidos los conjuntos de códigos de transacción y las disposiciones de privacidad y seguridad. La HIPAA afecta a lo que se conoce como entidades cubiertas; específicamente, proveedores, organizaciones de cuidado administrado (MCO) y cámaras de compensación de atención médica que transmiten información de atención médica electrónicamente. La HIPAA ha establecido normas nacionales que abordan la seguridad y la privacidad de la información de salud, así como normas para las transacciones electrónicas de atención médica y los identificadores nacionales. Todos los proveedores deben cumplir con las regulaciones de la HIPAA. Para obtener más información sobre estas normas, visite: **hhs.gov/ocr/hipaa/**.

De acuerdo con las pautas de la HIPAA, los proveedores no pueden entrevistar a los miembros sobre problemas médicos o financieros dentro del alcance auditivo de otros pacientes.

Los proveedores tienen la obligación contractual de proteger y mantener la confidencialidad de los datos que abordan los registros médicos, la información confidencial de los proveedores y los miembros, ya sea oral o escrita, en cualquier forma o medio. Para ayudar a proteger la información del paciente, recomendamos lo siguiente:

- Capacite a su personal sobre la HIPAA.
- Considere cómo garantizar la privacidad si utiliza una hoja de registro de pacientes.
- Mantenga los registros de los pacientes, los documentos y los monitores de computadora fuera de la vista.
- Tenga a mano una trituradora eléctrica o contenedores de trituración cerrados.

Los consultorios de los proveedores y otros sitios deben contar con mecanismos que protejan contra la divulgación no autorizada o involuntaria de información confidencial a cualquier persona fuera de Aetna Better Health of Ohio.

La divulgación de datos a terceros requiere la aprobación previa por escrito del Departamento de Medicaid de Ohio (ODM), excepto para divulgaciones de información con fines de atención individual y coordinación entre proveedores, divulgaciones autorizadas por los miembros o divulgaciones requeridas por orden judicial, citación o ley.

La siguiente información de los miembros se considera confidencial:

- “Información de salud de identificación personal” que sea mantenida o transmitida por una entidad cubierta o su socio comercial, en cualquier forma o medio, ya sea electrónico, en papel u oral. La norma de privacidad denomina a esta información “información de salud protegida (PHI)”. La norma de privacidad, que es una regulación federal, excluye de la PHI los registros laborales que una entidad cubierta mantiene en su calidad de empleador, así como los registros educativos y otros ciertos registros sujetos o definidos en la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar, sección 1232g del Título 20 del Código federal de los Estados Unidos (USC).
- La “información de salud de identificación personal” es la información, incluidos los datos demográficos, que se relaciona con lo siguiente:
    - La salud o afección física o mental pasada, presente o futura de la persona.

- La prestación de atención médica a la persona.
- El pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a la persona y la información que identifique a la persona o para la que existe una base razonable para creer que puede utilizarse para identificar a la persona.
- La información de salud de identificación personal incluye muchos identificadores comunes (p. ej., nombre, dirección, fecha de nacimiento o número de Seguro Social).

Los requisitos de privacidad adicionales se encuentran a lo largo de este manual. Revise la sección "Registros médicos" para obtener detalles adicionales sobre la protección de los registros médicos de los pacientes.

Incumplimiento de la información de salud protegida (PHI)

Si un proveedor o el personal del proveedor descubren un incumplimiento (es decir, cuando el incidente que involucra el uso o la divulgación no permitidos de la PHI se conoce por primera vez), se deberá enviar una notificación a los pacientes afectados sin demora injustificada y, en ningún caso, más allá de los sesenta (60) días calendario después de la fecha del incumplimiento (a menos que las fuerzas policiales soliciten lo contrario). El período de sesenta (60) días debe considerarse como un límite exterior. Por lo tanto, si el análisis de riesgos y la información necesaria para proporcionar la notificación se completan antes, esperar hasta el día sesenta (60) sería una demora injustificada. Sin embargo, si durante ese período de sesenta (60) días se realiza oportunamente un análisis de riesgo e investigación y se concluye que no ocurrió ningún incumplimiento, entonces no será necesaria ninguna notificación.

La notificación de incumplimiento debe enviarse a los pacientes por escrito, mediante correo de primera clase a la última dirección conocida. Si un paciente acepta recibir una notificación por correo electrónico y este acuerdo no se ha rescindido, entonces la notificación por escrito se puede enviar electrónicamente. En el caso de menores de edad o pacientes que carezcan de capacidad legal debido a una afección mental o física, se debe notificar al padre, madre, representante personal o representante autorizado. Si el proveedor sabe que un paciente ha fallecido, la notificación debe enviarse al pariente más cercano o al representante personal del paciente (es decir, una persona que tenga la autoridad para actuar en nombre de la persona fallecida o de su patrimonio), si se conoce la dirección. En situaciones urgentes en las que exista la posibilidad de un uso indebido inminente de la PHI no asegurada, se puede hacer un aviso adicional por teléfono u otros medios. Sin embargo, aún deberá proporcionarse el aviso directo por escrito.

Se debe proporcionar un aviso sustituto si la información de contacto no está disponible para algunos o todos los pacientes afectados, o si algunas notificaciones que se enviaron se devuelven como no entregables. La forma de este aviso sustituto se basa en el número de pacientes cuya información de contacto no estaba disponible o estaba desactualizada. Si el número de pacientes es inferior a diez (10), el proveedor debe elegir un medio que pueda calcularse razonablemente que llegará a la persona que debe ser notificada. Los medios posibles pueden ser un mensaje de correo electrónico, una llamada telefónica (teniendo en cuenta que la información confidencial no debe dejarse en el correo de voz o en los mensajes a otros miembros del hogar) o posiblemente una publicación en la web si no hay otra información de contacto disponible, y esto se calcula razonablemente que llegará al paciente. Si el número de pacientes es de diez (10) o más, el proveedor deberá colocar un aviso visible que incluya un número gratuito: (1) en su página de inicio o en un hipervínculo que transmita la naturaleza y la importancia de la información al aviso real o (2) en los principales medios de comunicación impresos o de difusión en áreas geográficas donde probablemente residan las personas afectadas por el incumplimiento. Si el proveedor puede actualizar la información de contacto y proporcionar un aviso por escrito a uno o más pacientes

para que el número total de pacientes para los que la información de contacto no está disponible o no está actualizada sea inferior a diez, entonces se puede evitar el requisito de aviso visible. Para obtener detalles adicionales sobre la cobertura de los medios de comunicación y la notificación a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Sociales, visite el siguiente sitio en:

Para capacitación adicional o preguntas y respuestas, visite el siguiente sitio en:

aspe.hhs.gov/admnsimp/final/pvcguide1.htm

Los proveedores deben notificar a Aetna Better Health of Ohio si se produce un incumplimiento, independientemente del número de pacientes afectados.

Solicitudes de privacidad de los miembros

Los miembros pueden hacer las siguientes solicitudes relacionadas con su información de salud protegida ("solicitudes de privacidad") de acuerdo con las leyes federales, estatales y locales:

- Presentar un reclamo de privacidad.
- Recibir una copia de todo o parte del conjunto de registros designados.
- Modificar los registros que contienen información de salud protegida (PHI).
- Recibir un informe de las divulgaciones de PHI del plan de salud.
- Restringir el uso y la divulgación de la PHI.
- Recibir comunicaciones confidenciales.
- Recibir un Aviso sobre prácticas de privacidad.

El miembro o su representante autorizado debe presentar una solicitud de privacidad. El representante del miembro debe proporcionar documentación o confirmación por escrito de que está autorizado a realizar la solicitud en nombre del miembro o del patrimonio del miembro fallecido.

A excepción de las solicitudes de un Aviso sobre prácticas de privacidad del plan de salud, las solicitudes de los miembros o de su representante deben enviarse por escrito a Aetna Better Health of Ohio.

Obligaciones del proveedor en cuanto a servicios de traducción oral, interpretación oral y lenguaje de señas de acuerdo con la norma 5160-26-05.1 del OAC

Requisitos de interpretación y traducción

Los proveedores deben identificar las necesidades de idioma de los miembros y ofrecer traducción oral, interpretación oral y servicios de lenguaje de señas. Para ayudar a los proveedores con esto, ponemos a su disposición nuestro servicio de interpretación por teléfono para facilitar las interacciones de los miembros. Estos servicios son gratuitos para el miembro y para el proveedor. Sin embargo, si el proveedor decide utilizar otro recurso para los servicios de interpretación, este será financieramente responsable de los costos asociados. El número de retransmisión de Ohio está disponible para los miembros llamando al **711**. Nuestro personal del Departamento de Servicios para Miembros está capacitado y disponible para atender llamadas telefónicas TTY de los miembros.

Nuestro proveedor de intérpretes ofrece servicios de interpretación sin costo alguno para proveedores y miembros. Los servicios de interpretación están disponibles para su uso en los siguientes escenarios:

- Para reuniones presenciales, nuestro personal (p. ej., coordinadores de atención) puede

incluir a un intérprete en una llamada en conferencia para comunicarse con un miembro en su hogar u otro lugar.

- Los proveedores pueden llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Ohio al **833-711-0773**, opción 2, para conectarse con OhioRISE, luego seleccionar “2” o “permanecer en línea” para que lo conecten con un miembro del personal del Departamento de Servicios para Miembros. En el siguiente menú, presione “7” para conectarse con un intérprete.
- Para llamadas salientes, nuestro personal del Departamento de Servicios para Miembros marca el servicio de interpretación y utiliza un sistema de respuesta de voz interactivo para hablar con el miembro y el intérprete.

Ofrecemos métodos alternativos de comunicación para los miembros con problemas auditivos o de la vista, incluido el formato de letra grande, entre otros. Si un miembro tiene alguna pregunta sobre estos formatos alternativos, pídale que se comunique con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **833-711-0773, opción 2**.

Recomendamos enfáticamente el uso de intérpretes profesionales, en lugar de familiares o amigos. Los proveedores también deben proporcionar la información de manera que el miembro pueda entenderla.

La información sobre las competencias culturales, así como los idiomas hablados según la ubicación del consultorio, se recopilará en el sistema de administración de la red de proveedores (PNM) del ODM y se utilizará para completar el directorio centralizado de proveedores del ODM. Además, esta información de los proveedores acreditados se transmitirá semanalmente a las organizaciones de cuidado administrado para que puedan alinear sus directorios con la información contenida en la PNM.

Capacitación y cambios en la administración de consultorios

Procedimiento para notificar al plan OhioRISE sobre los cambios en la práctica del proveedor de acuerdo con la norma 5160-26-05.1 del OAC

Los proveedores son responsables de notificar a nuestro Departamento de Experiencia para Proveedores sobre cualquier cambio en el personal profesional en sus consultorios (médicos, auxiliares médicos o profesionales en enfermería). Los cambios administrativos en el personal de consultorio pueden dar lugar a la necesidad de capacitación adicional. Póngase en contacto con nuestro Departamento de Experiencia para Proveedores para solicitar capacitación adicional del personal y nuestro Departamento de Experiencia para Proveedores trabajará con usted y su consultorio para programar la capacitación.

Los proveedores también son responsables de notificar a Aetna Better Health of Ohio y al Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) sobre la dirección, el número de teléfono, la aceptación de nuevos pacientes y los cambios en el horario de atención. Notifique estos cambios al Departamento de Experiencia para Proveedores de Aetna Better Health en un plazo de dos semanas. Actualice también los cambios en el módulo de PNM.

Competencia cultural y servicios lingüísticos

La competencia cultural es la capacidad de las personas, tal como se refleja en la capacidad de respuesta personal y organizacional, para comprender las características sociales, lingüísticas, morales, intelectuales y de comportamiento de una comunidad o población, y aplicar sistemáticamente ese conocimiento para mejorar la eficacia en la prestación de servicios de atención médica a poblaciones diversas.

Los miembros deben recibir los servicios cubiertos sin preocuparse por la edad, la raza, el color, la nacionalidad, la religión, el sexo, la identidad de género, la orientación sexual, la religión, el estado civil, la discapacidad mental o física, el historial médico, el estado de salud, la información genética, la evidencia de asegurabilidad o la ubicación geográfica. Esperamos que nuestros proveedores traten a todos los miembros con dignidad y respeto, tal como lo exige la ley federal. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 prohíbe la discriminación por motivos de raza, color y nacionalidad en programas y actividades que reciben asistencia financiera federal, como Medicaid.

Contamos con programas efectivos de formación para proveedores que fomentan el respeto por la diversidad, desarrollan habilidades que facilitan la comunicación dentro de diferentes grupos culturales y explican la relación entre la competencia cultural y los resultados de salud. Estos programas proporcionan información sobre los diversos orígenes de nuestros miembros, incluidos los diversos desafíos culturales, raciales y lingüísticos que enfrentan, y desarrollamos e implementamos métodos reconocidos para responder a esos desafíos.

Los proveedores reciben formación sobre temas tan importantes como los siguientes:

- La renuencia de ciertas culturas a hablar sobre temas de salud mental y la necesidad de alentar de manera proactiva a los miembros de esos orígenes a buscar el tratamiento necesario.
- El impacto que las creencias religiosas o culturales de un miembro pueden tener en los resultados de salud (p. ej., la creencia en prácticas curativas no tradicionales).
- La promoción de la educación sobre salud y la importancia de proporcionar a los pacientes información de manera significativa y comprensible (p. ej., diagramas simples, comunicación en lengua vernácula, etc.).
- Las barreras físicas y programáticas que afectan a las personas con discapacidades para acceder a una atención adecuada.

Nuestros representantes de la Experiencia para Proveedores harán referencia a la capacitación en competencia cultural durante las reuniones de orientación para proveedores y explicarán cómo los proveedores pueden acceder a esta formación.

La información sobre las competencias culturales, así como los idiomas hablados según la ubicación del consultorio, se recopilará en el sistema de administración de la red de proveedores (PNM) del ODM y se utilizará para completar el directorio centralizado de proveedores del ODM. Además, esta información de los proveedores acreditados se transmitirá semanalmente a las organizaciones de cuidado administrado para que puedan alinear sus directorios con la información contenida en la PNM.

Normas de acceso y disponibilidad

Los proveedores deben programar citas para los miembros elegibles de acuerdo con las normas mínimas de disponibilidad de citas y en función de la agudeza y la gravedad de la afección que se presenta, junto con el historial médico pasado y actual del miembro. Nuestro Departamento de Experiencia para Proveedores supervisará de forma rutinaria el cumplimiento y buscará planes de medidas correctivas (CAP), como restricciones en el panel o en las remisiones, a los proveedores que no cumplan con la norma de accesibilidad. Los proveedores tienen la obligación contractual de cumplir con las normas del Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) y el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) para el acceso oportuno a la atención y a los servicios, teniendo en cuenta la urgencia y la necesidad de los servicios. Los proveedores deben notificar a Aetna Better Health of Ohio en un plazo de 3 días hábiles si no pueden cumplir con las normas de acceso y disponibilidad.

La siguiente tabla muestra las normas de tiempo de espera para las citas con los proveedores de salud conductual.

Tipo de consulta	Descripción	Norma mínima
Servicio de emergencia	Servicios necesarios para evaluar, tratar o estabilizar una emergencia debido a una afección de salud conductual.	Durante las 24 horas, los 7 días de la semana
Atención de urgencia para afecciones de salud conductual	Atención brindada por una enfermedad o lesión no emergente con síntomas agudos que requieren atención inmediata. Esto incluye enfermedades agudas o dependencia de sustancias que afectan la capacidad de funcionar, pero que no presentan un peligro inminente.	Durante las 24 horas, los 7 días de la semana dentro de las 48 horas posteriores a la solicitud
Emergencia de salud conductual que no pone en peligro la vida	Una situación que no pone en peligro la vida y en la que un miembro exhibe un problema emocional extremo o angustia conductual, tiene una capacidad comprometida para funcionar o está agitado y no puede calmarse.	Dentro de las 6 horas
Atención de salud conductual de rutina	Solicitudes de tratamiento de rutina de salud mental o por abuso de sustancias por parte de proveedores de salud conductual.	En un plazo de 10 días hábiles o 14 días calendario, lo que ocurra primero
Evaluación inicial de las CANS	Evaluación a los efectos de la elegibilidad para OhioRISE	En un plazo de 72 horas posteriores a la identificación
Evaluación continua de las CANS	Evaluación del progreso funcional dentro del curso del tratamiento del plan OhioRISE según lo facilitado por la CME.	Cada 90 días o cuando un cambio en la afección del miembro amerite una reevaluación
Servicios residenciales/para pacientes internados de la Sociedad Estadounidense de Medicina de las Adicciones (ASAM), 3: 3.1, 3.5, 3.7	Prueba inicial, evaluación y remisión a tratamiento.	En un plazo de 48 horas posteriores a la solicitud

Servicios intensivos para pacientes internados administrados médicamente de la ASAM: 4	Servicios necesarios para tratar y estabilizar la afección de salud conductual de un miembro.	Durante las 24 horas, los 7 días de la semana
Centros para el tratamiento residencial psiquiátrico	Prueba inicial para la admisión.	En un plazo de 48 horas posteriores a la solicitud
Cita de atención especializada en salud conductual	Atención proporcionada para una enfermedad no emergente/no urgente que requiere consulta, diagnóstico o tratamiento de un especialista (p. ej., trastornos alimenticios, provocación de incendios).	En un plazo de 6 semanas

La participación del proveedor en las encuestas de disponibilidad de citas, que se realizan dos veces al año, es obligatoria y fundamental para garantizar que usted siga cumpliendo con los requisitos. Seguimos un enfoque de cinco canales de comunicación en diferentes épocas del año para recordarle las normas y las encuestas:

- Realizar y registrar la capacitación anual sobre los requisitos de acceso y disponibilidad, y publicarla en nuestro sitio web.
- Incluir un recordatorio anual en nuestro boletín informativo para proveedores.
- Enviar una notificación anual a los proveedores existentes a través de Blast Fax.
- Incluir requisitos en el Manual de capacitación para la incorporación de proveedores.
- Informar al proveedor dentro de los 30 días posteriores a la fecha de entrada en vigencia.

El incumplimiento de la participación en estos estudios y de las normas de disponibilidad de citas puede dar lugar a medidas de cumplimiento progresivas que podrían culminar en la rescisión de nuestro acuerdo con usted.

Administración de Calidad de OhioRISE: Propósito del programa

El programa de Administración de Calidad de Aetna Better Health proporciona la estructura y los procesos necesarios para identificar y mejorar la calidad clínica, maximizar las prácticas clínicas seguras y mejorar la satisfacción de los miembros y proveedores en los diversos entornos de atención dentro del sistema de prestación de atención.

El programa de Administración de Calidad se esfuerza por garantizar que los servicios prestados a los miembros de OhioRISE cumplan con las normas y requisitos de las agencias reguladoras y de acreditación, incluido el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) y el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA).

Además, el propósito del programa de Administración de Calidad es establecer normas y criterios, y proporcionar procesos, procedimientos y estructuras para revisar y controlar la atención y los servicios prestados, incluida la accesibilidad, la disponibilidad y la continuidad de la atención. El personal del Departamento de Calidad coordina la participación de la organización en la evaluación de la calidad de la atención, la identificación de problemas y estrategias para mitigarlos, así como las actividades de seguimiento y la documentación.
El propósito del programa de Administración de Calidad incluye lo siguiente:

- Promover la mejora en la calidad de la atención brindada a los miembros inscritos a través de procesos establecidos, que incluyen lo siguiente:
    - Supervisar, evaluar e identificar áreas de mejora en el sistema de prestación de servicios y en la red de proveedores.
    - Implementar planes de acción y actividades para corregir deficiencias o mejorar la calidad general en el proceso de atención y operaciones clínicas.
    - Iniciar proyectos de mejora del desempeño para abordar las tendencias identificadas a través de actividades de supervisión, revisiones de reclamos y denuncias de abuso, acreditación y elaboración de perfiles de proveedores, revisiones de la gestión de la utilización, etc.
- Cumplir con los requisitos federales y estatales.
- Contar con la participación del personal ejecutivo y de gestión en los procesos de administración de calidad y mejora del desempeño.
- Desarrollar e implementar actividades de administración de calidad y mejora del desempeño que incluyen la participación de los proveedores contratados y la información proporcionada por los miembros, su familia/representante o cuidador.
- Identificar las mejores prácticas para la administración de calidad y la mejora del desempeño.
- Revisar, evaluar y mejorar continuamente la calidad y seguridad de la atención y los servicios clínicos, teniendo en cuenta los grupos demográficos, las razas, las etnias, los miembros con necesidades de salud especiales o complejas, los entornos de atención y los tipos de servicios prestados a una membresía cultural y lingüísticamente diversa.
- Analizar los factores relacionados con los determinantes sociales de la salud (SDOH) y las causas fundamentales de las disparidades en salud que afectan la salud conductual de los miembros y las barreras de acceso a la atención por región para orientar las estrategias e intervenciones.

Alcance del programa

El programa Administración de Calidad se aplica a todos los departamentos y personal de OhioRISE, así como a sus miembros y proveedores, incluidos los siguientes:

- Todas los grupos de miembros, rangos etarios, categorías de enfermedades y grupos con necesidades especiales de atención médica, tanto en salud física como conductual.
- Todos los sitios e instalaciones en los que los proveedores contratados/no contratados brindan atención médica o servicios a los miembros.
- La red de OhioRISE, así como los profesionales y proveedores fuera de la red que brindan atención a los miembros de OhioRISE.
- Las operaciones internas de OhioRISE (p. ej., programas y servicios, como autorización previa, gestión de la utilización, administración de atención, servicios para miembros y experiencia del proveedor).
- Todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, proporcionados a los miembros por proveedores de la red o fuera de la red, por o entidades delegadas, en cualquier punto de la continuidad de la atención y en cualquier nivel de atención.
- Todas las interacciones con los clientes.
- Los procesos por los que los proveedores y los miembros ofrecen a OhioRISE comentarios y recomendaciones para mejorar los servicios.

OhioRISE integra la administración de calidad y los procesos de mejora del desempeño en todos los departamentos, y cada departamento es responsable de los procesos, funciones y actividades de supervisión seleccionados. El Plan de Salud y Recuperación de OhioRISE (OHRP) también se comunica y colabora con otras entidades del ODM. Además, el personal realiza actividades de supervisión como parte de las operaciones de rutina e informa los resultados a los departamentos internos, comités o agencias externas correspondientes, según sea necesario.

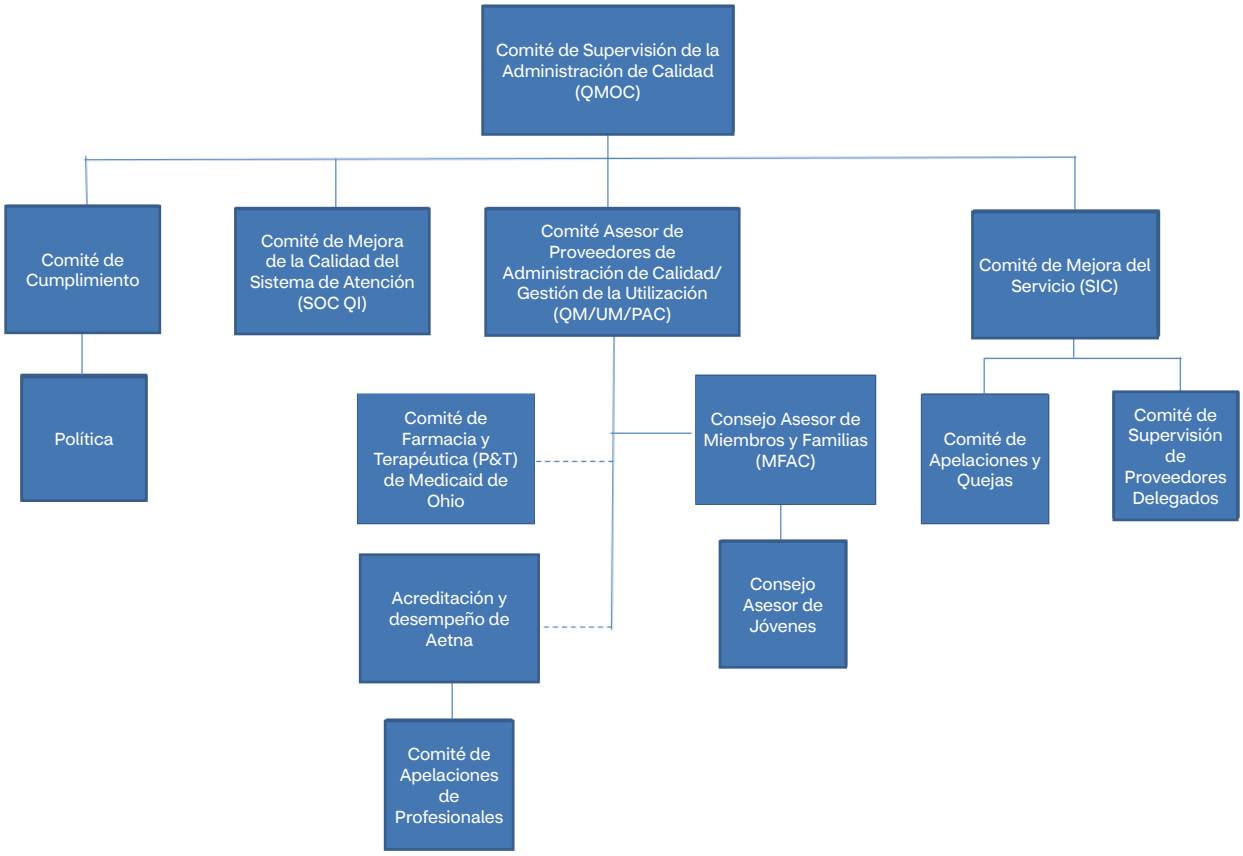
Comités de Supervisión de la Administración de Calidad

Comités formales, subcomités y grupos de trabajo ad hoc asesoran y guían el proceso de la Administración de Calidad. Los miembros del comité mantienen una cultura de mejora de la calidad (QI), fomentan asociaciones colaborativas e integran las funciones médicas, los departamentos de operaciones, la red de proveedores y los miembros de OhioRISE en el programa Administración de Calidad a través de su participación en uno o más comités, la pertenencia a múltiples grupos y funciones de liderazgo, y los requisitos de presentación de informes integrados. El Departamento de Administración de Calidad proporciona el apoyo administrativo necesario para coordinar las reuniones de los comités, la preparación de dichas reuniones y las actividades de seguimiento. El Comité de Supervisión de la Administración de Calidad (QMOC) supervisa ejecutivamente las actividades de calidad y su integración en todo el plan a través de la recepción y revisión de los informes y actas de los comités.

Estructura del Comité de OhioRISE

El Comité de Liderazgo Ejecutivo recibe informes de administración de calidad y actividades de mejora del desempeño de los siguientes comités:

- Comité de Supervisión de la Administración de Calidad (QMOC)
    - Comité de Mejora de la Calidad del Sistema de Atención
    - Consejo Asesor de Miembros y Familias (MFAC)
    - Consejo Asesor de Jóvenes
- Comité Asesor de Proveedores de Administración de Calidad/Gestión de la Utilización (Comité QM/UM/PAC)
- Comité de Supervisión de Proveedores Delegados y de Mejora del Servicio (SI/DVOC)
    - Comité de Apelaciones y Quejas
- Comité de Cumplimiento (CC)
- Comité de Políticas
- Comité Nacional de Farmacia y Terapéutica (P&T) de Aetna



Apoyo a las actividades de mejora de la calidad (QI)

El plan OhioRISE puede utilizar los datos de desempeño de los proveedores para actividades de mejora de la calidad. Los proveedores deben cumplir con las disposiciones para el uso de los datos de desempeño de los proveedores. En apoyo a estos esfuerzos, se requiere que los proveedores permitan al plan usar sus datos de desempeño y cooperar con las actividades de QI.

Derechos de los miembros de OhioRISE

Los proveedores conocerán y respetarán los derechos otorgados a los miembros de OhioRISE de la siguiente manera:
Como miembro de OhioRISE, los pacientes tienen los siguientes derechos:

- Recibir toda la información y los servicios que OhioRISE debe proporcionar.
- Ser tratado con respeto y consideración hacia su dignidad y privacidad.
- Estar seguro de que la información de sus registros médicos se mantiene de manera privada.
- Recibir información sobre su salud. Esta información también podría estar disponible para alguien a quien usted haya aprobado legalmente para recibir la información, o a quien usted haya designado como contacto de emergencia, cuando no es lo mejor para su salud que usted la reciba.
- Conversar sobre las opciones de tratamiento médicamente necesario para sus afecciones, independientemente de la cobertura del beneficio o del costo.
- Participar con los proveedores en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica.
- Poder participar en las decisiones sobre su atención médica siempre que estas sean lo más conveniente para usted.

- Recibir información sobre cualquier tratamiento de atención médica de una manera que usted pueda comprender.
- Estar seguro de que ninguna otra persona pueda escucharlo o verlo mientras usted recibe atención médica.
- Ser libre de cualquier forma de limitación o aislamiento utilizada como medio de fuerza, disciplina, facilidad o venganza, como se especifica en las regulaciones federales y estatales.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos, y poder pedir que los registros sean modificados o corregidos de ser necesario.
- Aceptar o rechazar que se divulgue información sobre usted, a menos que OhioRISE deba hacerlo por ley.
- Rechazar un tratamiento o una terapia. Si los rechaza, el proveedor o un coordinador de atención de OhioRISE deben hablar con usted sobre qué podría suceder y deben hacer una nota en sus registros médicos sobre ello.
- Presentar una apelación, queja (reclamo) o audiencia del estado. Consulte la página 41 de este manual para obtener más información.
- Recibir ayuda sin cargo de OhioRISE y sus proveedores si no habla inglés o necesita ayuda para comprender la información.
- Obtener toda la información del miembro por escrito de OhioRISE:
    - Sin costo para usted.
    - En los idiomas predominantes distintos del inglés de los miembros en el área de servicio de OhioRISE.
    - En otras maneras, para ayudar con las necesidades especiales de los miembros que pudieran tener problemas para leer la información por cualquier motivo.
- Recibir ayuda con lengua de señas si tiene problemas auditivos.
- Saber si el proveedor de atención médica es un estudiante y poder rechazar su atención.
- Saber si la atención que puede recibir es experimental y poder rechazarla.
- Elaborar instrucciones anticipadas (un testamento vital).
- Presentar un reclamo sobre el no cumplimiento de sus instrucciones anticipadas ante el Departamento de Salud de Ohio.
- Ejercer sus derechos libremente y saber que OhioRISE, los proveedores de OhioRISE o el Departamento de Medicaid de Ohio no le reprocharán nada por ello.
- Saber que OhioRISE debe seguir todas las leyes federales y estatales, y otras leyes sobre privacidad aplicables.
- Elegir el proveedor que le proporcione atención cuando sea posible y apropiado.
- Obtener una segunda opinión de un proveedor cualificado en la red de OhioRISE. Si un proveedor calificado no puede atenderlo, OhioRISE debe organizar una consulta con un proveedor que no pertenezca a nuestra red.

Sección V: Inscripción, acreditación y contratación de proveedores

Inscripción de proveedores (funciones ODM): Acreditación/renovación de la acreditación

El Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) se ha asociado con todas las entidades de cuidado administrado (MCE) para centralizar la función de acreditación. Todas las políticas actuales requieren que la acreditación se realice a través del ODM y no de Aetna.

La acreditación se adhiere a las pautas federales del Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) tanto para los procesos como para los tipos de proveedores que están sujetos al proceso de acreditación. Tenga en cuenta que no puede prestar servicios a los miembros de Medicaid hasta que esté completamente evaluado, inscrito y acreditado (si es necesario) por el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM). Para obtener una lista completa de los tipos de proveedores que requieren acreditación, consulte la norma 5160-1-42 del Código Administrativo de Ohio.

Para los proveedores individuales, la pauta general es que los proveedores autorizados que pueden ejercer de forma independiente bajo la ley estatal deben pasar por el proceso de acreditación. Los estudiantes de medicina, los residentes, los becarios y los proveedores que ejercen estrictamente en un entorno para pacientes internados están exentos de la acreditación. Se recomienda que comience el proceso de contratación con el plan OhioRISE mientras se inscribe y se acredita ante el ODM para prestar servicios a partir de su fecha de vigencia.

El programa Universal Credentialing DataSource permite a los profesionales utilizar una aplicación estándar y una base de datos común para enviar una solicitud a una fuente y actualizarla trimestralmente para satisfacer las necesidades de todos los planes de salud y hospitales que participan en la iniciativa del Consejo para la Atención Médica Asequible y de Calidad (CAQH). Los planes de salud y los hospitales designados por los profesionales obtienen la información de la solicitud directamente de la base de datos, lo que elimina la necesidad de que varias organizaciones se comuniquen con el profesional para obtener la misma información estándar. Los profesionales actualizan su información de manera trimestral para garantizar que los datos se mantengan constantemente actualizados.

El CAQH recopila y almacena datos detallados de más de 600,000 profesionales en todo el país.

Acreditación inicial de profesionales individuales

Todas las solicitudes de inscripción de proveedores deben enviarse utilizando el módulo de administración de la red de proveedores (PNM) de Medicaid de Ohio: **ohpnm.omes.maximus.com/OH_PNM_PROD/Account/Login.aspx**.

El módulo de PNM es el único punto para que los proveedores completen la inscripción de proveedores, la acreditación centralizada y el autoservicio de proveedores.

Para obtener más información sobre la PNM, visite: **managedcare.medicaid.ohio.gov/managedcare/centralized-credentialing/pnm-centralizedcredentialing**

Todos los proveedores deben someterse al proceso de inscripción, pero la acreditación no es obligatoria para todos los proveedores. Para la acreditación inicial y la renovación de la acreditación, la solicitud se combina con la solicitud de inscripción o revalidación. Para obtener más información, consulte: **https://managedcare.medicaid.ohio.gov/managed-care/centralized-credentialing**

Renovación de la acreditación de profesionales individuales

Aetna Better Health of Ohio renueva la acreditación a los profesionales de manera regular (cada treinta y seis (36) meses, según las regulaciones estatales) para garantizar que continúen cumpliendo con las normas de atención del plan de salud, además de cumplir con los requisitos legislativos/regulatorios y de los organismos de acreditación (como el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) y la Comisión de Acreditación para la Revisión de la Utilización) (según corresponda al plan de salud). La rescisión del contrato del proveedor puede ocurrir si un proveedor no cumple con el plazo de treinta y seis (36) meses para la renovación de la acreditación.

Renovación de la acreditación de centros

Como requisito previo para la participación o la participación continua en nuestra red, todos los centros deben estar contratados bajo un acuerdo con el centro y cumplir con las normas de evaluación aplicables. Antes de participar en la red, y cada tres años a partir de entonces, el Departamento de Acreditación de Aetna Better Health of Ohio (o la entidad a la que Aetna Better Health of Ohio haya delegado formalmente la acreditación) confirmará que cada proveedor organizacional cumpla con los requisitos de evaluación.

Información general para proveedores/información de inscripción

De conformidad con la sección 438.602 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) debe evaluar, inscribir y revalidar a todos los proveedores de la red de entidades de cuidado administrado (MCE). Esta disposición no requiere que un proveedor de la red de MCE preste servicios a los beneficiarios de pago por servicio (FFS).

Hay muchos recursos disponibles en el sitio web del ODM sobre los requisitos para convertirse en un proveedor participante. Visite **medicaid.ohio.gov/resources-for-providers/enrollment- andsupport/enrollment-and-support** para ver varios documentos útiles que responden a preguntas relevantes.

Los tipos de proveedores organizacionales deberán pagar una tarifa. La tarifa se aplica únicamente a los proveedores organizacionales; no se aplica a proveedores y profesionales individuales ni a grupos de profesionales. La tarifa es un requisito federal descrito en la sección 445.460 del Título 42 del CFS y en la sección 5160:1-17.8 del OAC. La tarifa para 2026 es de $730 por solicitud y no es reembolsable. La tarifa no se requerirá si el proveedor organizacional que se inscribe ha pagado la tarifa a Medicare u otra agencia estatal de Medicaid en los últimos cinco años. Sin embargo, Medicaid de Ohio requerirá que los proveedores organizacionales que se inscriban presenten un comprobante de pago con su solicitud. (Vea OAC 5160:1-17.8(A)(1))

Cancelación, suspensión o denegación de la inscripción de proveedores del ODM

Para obtener una lista de las acciones de cancelación, suspensión y denegación iniciadas por el estado de Ohio contra un proveedor o solicitante que permiten derechos a una audiencia, consulte la sección 5164.38 del Código Revisado de Ohio.

Para obtener una lista de las acciones de cancelación, suspensión y denegación iniciadas por la Agencia estatal de Medicaid contra un proveedor o solicitante que permiten una reconsideración, consulte la sección 5160-70-02 del Código Administrativo de Ohio.

Pérdida de licencias

De acuerdo con la norma 5160-1-17.6 del Código Administrativo de Ohio, un acuerdo de proveedor

de Medicaid se cancelará cuando cualquier licencia, permiso o certificación que se requiera en el acuerdo de proveedor o en la norma del departamento haya sido denegado, suspendido, revocado, no renovado o limitado de otra manera, y el proveedor haya tenido la oportunidad de una audiencia de acuerdo con el proceso de audiencia establecido por el funcionario, junta, comisión, departamento, división, oficina u otra agencia del gobierno estatal o federal.

Inscripción y reincorporación después de la cancelación o denegación

Si se cancela el contrato de proveedor de Medicaid de un proveedor o se deniega la solicitud de un solicitante, el solicitante/proveedor debe ponerse en contacto con Medicaid de Ohio a través de la línea directa de inscripción de proveedores al (800-686-1516) para hablar de los requisitos para volver a presentar la solicitud. Este proceso puede incluir conversaciones con la Unidad de Cumplimiento del ODM, quien brindará instrucciones específicas sobre los requisitos de reincorporación, si corresponde.

Mantenimiento de proveedores

El sistema de PNM sirve como sistema de registro de datos de proveedores para ODM y MCE. Como resultado, los datos del sistema de PNM se utilizan tanto en el pago de reclamaciones, como en el directorio de proveedores del Plan de Salud y Recuperación de OhioRISE (OHRP) y en el directorio de proveedores del ODM. Para garantizar que la información de los proveedores permanezca actualizada, es importante que los proveedores mantengan su información actualizada en el sistema de PNM. Recuerde que, como proveedor del ODM y según su acuerdo de proveedor, los proveedores son responsables de notificar al ODM de los cambios dentro de los 30 días (consulte OAC 5160-1-17.2 F).

Actualización del sistema PNM: Cuando haya un cambio en la información de un proveedor, inicie sesión en el sistema de PNM, elija el proveedor que está editando y haga clic en el botón correspondiente para comenzar una actualización. Las funciones de autoservicio incluyen, entre otros, cambios de ubicación, cambios de especialidad y cambios demográficos clave (por ejemplo, nombre, número de registro nacional del proveedor [NPI], etc.). Una vez que la información es aceptada en el sistema de PNM, la información aceptada se envía diariamente a OHRP para su uso en sus directorios individuales. El proveedor debe actualizar primero su información en el sistema de PNM. Se requiere que OHRP dirija a los proveedores de regreso al sistema de PNM si hay cambios.

Centro de llamadas para proveedores del ODM

Si tiene preguntas o necesita ayuda con su inscripción en Medicaid de Ohio, llame al Servicio de asistencia integrada del ODM al **800-686-1516** que a través de los representantes está disponible de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 04:30 p. m.

Información útil

Recursos para proveedores de Medicaid

- **https://medicaid.ohio.gov/resources-for-providers/enrollment-and-support**

Pautas federales para la inscripción y la evaluación (Título 42 del CFR Parte 455, Subparte E)

- **https://www.law.cornell.edu/cfr/text/42/part-455/subpart-E**

OCódigo Revisado de Ohio para programas de asistencia médica

- **https://codes.ohio.gov/ohio-revised-code/chapter-5160**

- **https://codes.ohio.gov/ohio-revised-code/chapter-3963**

OhCódigo Administrativo de Ohio para OhioRISE y el Departamento de Medicaid de Ohio

- **https://codes.ohio.gov/ohio-administrative-code/chapter-5160-59**
- **https://codes.ohio.gov/ohio-administrative-code/5160**

Reclamos

Tanto los proveedores de la red como los que están fuera de la red pueden presentar un reclamo verbalmente o por escrito, directamente a nosotros con respecto a nuestras políticas, procedimientos o cualquier aspecto de nuestras funciones administrativas. Los proveedores pueden presentarnos un reclamo verbal llamando al **833-711-0773**.

Para presentar un reclamo por escrito, los proveedores deben escribir a:

Aetna Better Health of Ohio
PO Box 81040 5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

El gerente del Sistema de Quejas asume la responsabilidad principal de coordinar y gestionar los reclamos de los proveedores y de difundir información al proveedor sobre el estado del reclamo.

Se enviará una carta de acuse de recibo en un plazo de cinco (5) días hábiles, en la que se resumirá el reclamo y se incluirán instrucciones sobre cómo hacer lo siguiente:

- Revise el reclamo dentro del plazo especificado en la carta de acuse de recibo.
- Retirar un reclamo en cualquier momento hasta que el Comité de Quejas la revise.

Si el reclamo requiere investigación o la participación de otro departamento, el gerente del Sistema de Quejas enviará la información al departamento afectado y coordinará con dicho departamento para investigar minuciosamente cada reclamo conforme a las disposiciones legales, reglamentarias y contractuales aplicables, así como a las políticas y los procedimientos escritos de Aetna Better Health of Ohio, y reunirá los hechos pertinentes de todas las partes. El reclamo, junto con toda la investigación, se presentará al Comité de Quejas para su decisión. El Comité de Quejas incluirá a un proveedor con la misma especialidad o una especialidad similar si el reclamo está relacionado con un problema clínico. El Comité de Quejas considerará la información adicional y resolverá el reclamo dentro de los quince (15) días hábiles. El gerente del Sistema de Quejas enviará una notificación por escrito dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a la resolución.

Contratación de proveedores (funciones del plan OhioRISE), información sobre el proceso de contratación

Descripción general del Departamento de Experiencia para Proveedores

Nuestro Departamento de Experiencia para Proveedores actúa como enlace entre Aetna Better Health of Ohio y la comunidad de proveedores. Nuestro personal está compuesto por gerentes de Relaciones de Red y asesores de Relaciones de Red, así como representantes de Experiencia para Proveedores. Nuestro equipo de Relaciones de Red realiza capacitaciones presenciales para proveedores, identificación y resolución de problemas, visitas a consultorios de proveedores y auditorías de accesibilidad.

Nuestros representantes de Experiencia para Proveedores están disponibles por teléfono o correo electrónico para brindar soporte telefónico o electrónico a todos los proveedores. A continuación, se detallan algunas de las áreas en las que brindamos asistencia:

- Situación contractual.
- Información sobre cómo actualizar la ubicación/dirección a través de la PNM.
- Información sobre actualizaciones recientes de políticas o regulaciones del plan de salud.
- Asistencia para encontrar formularios.
- Asistencia con la revisión de reclamaciones o avisos de envío de pagos, incluidas preguntas relacionadas con reclamaciones y facturación.
- Información sobre denegaciones de proveedores.
- Instrucciones para los proveedores que necesitan presentar un reclamo o impugnar o apelar la falta de prestación de servicios cubiertos por parte del plan de salud (incluidos los servicios estatales).
- Información sobre quejas y apelaciones de los miembros.
- Información sobre servicios de traducción/interpretación.
- Información sobre los servicios cubiertos para los miembros.
- Instrucciones sobre cómo presentar una autorización previa o una determinación de cobertura (incluidas las excepciones).
- Información sobre cómo consultar servicios que necesitan autorización previa.
- Información sobre las orientaciones para proveedores.
- Información sobre la coordinación de servicios.
- Información sobre las responsabilidades de los proveedores.
- Asistencia para verificar la elegibilidad de los miembros.
- Asistencia para revisar la información de los miembros en el Portal de atención para miembros.
- Instrucciones sobre cómo localizar a un proveedor o especialista participante en nuestra red.
- Instrucciones sobre cómo localizar las páginas web de búsqueda de proveedores de la organización de cuidado administrado (MCO) del Departamento de Medicaid de Ohio (ODM).
- Instrucciones sobre cómo comunicarse con el administrador de beneficios de farmacia única (SPBM), Gainwell Technologies (previsto para fines de 2022).
- Instrucciones sobre cómo buscar en la Lista unificada de medicamentos preferidos del ODM.
- Instrucciones sobre cómo ponerse en contacto con Availity.

Se puede encontrar un modelo de contrato en

https://www.aetnabetterhealth.com/content/dam/aetna/medicaid/ohio rise/pdf/abhohiorise_provider_agreement_contract.pdf

Anexo de Medicaid

El Anexo de Medicaid del ODM complementa el contrato o acuerdo base entre las organizaciones de cuidado administrado y los proveedores, y se ejecuta simultáneamente con los términos del contrato o acuerdo base. El Anexo se limita a los términos y condiciones que rigen la prestación y el pago de los servicios de salud prestados a los miembros de Medicaid. El Anexo de Medicaid más reciente está publicado en el sitio web del ODM aquí: **https://medicaid.ohio.gov/wps/portal/gov/medicaid/stakeholders-and-partners/legal-andcontracts/forms/forms**.

El anexo debe completarse junto con su contrato del proveedor del plan OhioRISE.

Finalización, suspensión o denegación de la inscripción de proveedores de ODM: Finalización, suspensión o denegación de la inscripción de proveedores de ODM

Si a usted o a su organización se le deniega un contrato con Aetna Better Health of Ohio para OhioRISE, usted puede hacer lo siguiente:

- **Presentar una apelación por escrito que incluya:**
    - Una explicación clara de por qué cree que la denegación debe ser reconsiderada.
    - Cualquier documentación de respaldo (por ejemplo, licencia, materiales de acreditación, capacidad de servicio).
- **Envíe su apelación a:**

  Aetna Better Health of Ohio

  Attn: Grievance System Manager

  PO Box 81040

  5801 Postal Road

  Cleveland, OH 44181

O envíelo a través de:

- **Fax:** 833-928-1259
- **Correo electrónico:** Como se indica en su portal de proveedores o en la correspondencia de contratación.

- **Plazo:** Las apelaciones deben presentarse **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la recepción del aviso de denegación.

Inscripción y reincorporación después de la cancelación o denegación

Debido a la multiplicidad de razones por las que un proveedor puede ser despedido o que se le deniegue una solicitud, se recomienda encarecidamente que el solicitante/proveedor se comunique con el servicio de asistencia integrado del ODM (800-686-1516) para hablar de los requisitos específicos necesarios para volver a presentar una solicitud. Este proceso puede incluir conversaciones con nuestra Unidad de Cumplimiento, quien proporcionará instrucciones específicas sobre los requisitos de reincorporación, si corresponde.

Apelaciones del proveedor

Un proveedor puede presentar una apelación, que es una solicitud formal para reconsiderar una decisión (por ejemplo, una recomendación de revisión de la utilización, una acción administrativa), de manera verbal o por escrito. Dicha apelación debe presentarse por escrito a más tardar 12 meses a partir de la fecha del servicio o 60 días calendario después del pago, la denegación o la denegación parcial de la presentación oportuna de una reclamación, lo que ocurra más tarde. La fecha de vencimiento para presentar una apelación se incluye en el Aviso de acción. Los proveedores pueden presentarnos una apelación verbal llamando al 833-711-0773. Todas las apelaciones verbales deben ser seguidas por escrito. Los proveedores también pueden presentar apelaciones en línea en **apps.availity.com/availity/Demos/Registration/index.htm**

Por correo postal a las siguientes direcciones:
Aetna Better Health of Ohio PO Box 81040
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

El gerente del Sistema de Quejas asume la responsabilidad principal de coordinar y gestionar las apelaciones de los proveedores y de difundir información al proveedor sobre el estado de la apelación.

Se enviará una carta de acuse de recibo en un plazo de cinco (5) días hábiles, en la que se resumirá la apelación y se incluirán instrucciones sobre cómo hacer lo siguiente:

- Revise la apelación dentro del plazo especificado en la carta de acuse de recibo.
- Retirar una apelación en cualquier momento hasta que el Comité de Apelaciones la revise.

La apelación, junto con toda la investigación, se presentará al Comité de Apelaciones para su decisión. El Comité de Apelaciones incluirá un proveedor con la misma especialidad o una especialidad similar. El Comité de Apelaciones considerará la información adicional y emitirá una decisión de apelación dentro de los quince (15) días hábiles para las apelaciones relacionadas con reclamaciones y treinta (30) días hábiles para todas las demás apelaciones no relacionadas con reclamaciones. El gerente del Sistema de Quejas enviará una notificación por escrito dentro de los dos (2) días hábiles posteriores a la resolución.

Proveedores no contratados o proveedores no inscritos

La contratación y la inscripción son dos procesos separados. Ambos deben completarse si desea brindar servicios a los beneficiarios de cuidado administrado inscritos en Medicaid. La contratación es el proceso que un proveedor completa con OHRP, mientras que la inscripción es un proceso que se completa con el ODM. Todos los proveedores que facturan servicios para los beneficiarios inscritos en el cuidado administrado de Medicaid deben inscribirse en el ODM a través de nuestro sistema de PNM. El Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) sección 438.602 requiere que el ODM “examine e inscriba, y revalide periódicamente, a todos los proveedores de la red de OHRP”. Las regulaciones federales permiten un acuerdo temporal de 120 días para los proveedores que requieren más tiempo para inscribirse en el sistema de PNM. Para completar el acuerdo temporal de 120 días mientras espera que se procese su inscripción en el ODM, debe completar el formulario ODM 10295.

Los recursos de educación y capacitación para proveedores de PNM, incluyendo cómo inscribirse, se encuentran aquí: Portal de registro de proveedores de PSE: Recursos (maximus.com)

https://ohpnm.omes.maximus.com/OH_PNM_PROD/Resources.aspx

Proveedores fuera de la red: Transición de la atención

Autorizaremos el servicio a través de un Acuerdo de proveedor fuera de la red cuando un miembro con una necesidad o servicio especial no pueda ser atendido a través de un proveedor contratado. Nuestro equipo de administración médica coordinará la atención mediante la autorización de servicios con un proveedor fuera de la red y la facilitación del transporte a través de la organización de cuidado administrado (MCO) del miembro, cuando no haya proveedores disponibles que puedan satisfacer la necesidad especial del miembro en un lugar cercano. Si es necesario, nuestro Departamento de Experiencia para Proveedores negociará un Acuerdo de Caso Único (SCA) para el servicio y remitirá al proveedor a nuestro Equipo de Desarrollo de Redes para su reclutamiento para unirse a la red de proveedores. Es posible que se transfiera al miembro a un proveedor de la red cuando el tratamiento o servicio se haya completado o la afección del miembro esté lo suficientemente estable para permitir la transferencia de la atención.

Centro de llamadas para proveedores de Aetna Better Health

Línea de ayuda gratuita para proveedores

La Línea de ayuda gratuita para el Departamento de Experiencia para Proveedores, **833-711-0773** (opción 2), será atendida por representantes de la Experiencia para Proveedores de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 08:00 p. m., hora estándar del este, excepto los siguientes feriados de Aetna Better Health of Ohio:

- Año Nuevo
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día de los Caídos
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día después de Acción de Gracias
- Navidad

Un sistema automatizado y un correo de voz seguro estarán disponibles para los proveedores de lunes a viernes, de 08:01 a. m. a 06:59 p. m., hora estándar del este, y durante las 24 horas los fines de semana y feriados. Los mensajes de voz serán devueltos de manera oportuna por nuestro personal de Experiencia para Proveedores.

Sección VI: Servicios cubiertos

Lista de servicios cubiertos de acuerdo con la norma 5160-26-03, incluido cualquier beneficio adicional, como servicios de valor agregado, programas de incentivos piloto y de prueba, y servicios de reemplazo.

Los miembros de OhioRISE recibirán sin costo los servicios de salud conductual cubiertos por Medicaid que sean médicamente necesarios sin costo alguno. OhioRISE brinda acceso a todos los servicios de salud conductual para pacientes internados y pacientes externos que se mencionan en el **Manual de salud conductual de Medicaid de Ohio** OhioRISE también ofrece servicios adicionales que solo están disponibles para los miembros de OhioRISE.

https://medicaid.ohio.gov/resources-for-providers/bh?ver=Cp9iA-gL0HuNnBEwVPf9CQ%3D%3D

OhioRISE no pagará por los servicios que no están cubiertos por Medicaid o que no sean médicamente necesarios. Si tiene preguntas sobre la cobertura de un servicio, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **833-711-0773 (TTY: 711)**. Los representantes se encuentran disponibles de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 08:00 p. m.

Algunos servicios de atención de salud conductual solo tienen cobertura si se aprueban antes de que se presten (autorización previa). Consulte la página 46 para conocer cómo obtener la aprobación previa para los servicios. Los servicios de emergencia no requieren autorización previa. Los proveedores pueden obtener una lista completa de los servicios que necesitan autorización previa en el Portal del proveedor de Aetna Better Health of Ohio. Esta lista puede cambiar ocasionalmente. Los proveedores también pueden llamar al **833-711-0773 (TTY: 711)** para solicitar la lista más actualizada de servicios que necesitan autorización previa.

Servicios cubiertos solo por OhioRISE

OhioRISE ofrece servicios de salud conductual que solo están disponibles a través del plan. Estos servicios se están expandiendo por todo el estado. Los proveedores pueden llamar al Departamento de Servicios para Miembros de OhioRISE al **833-711-0773** (TTY: 711) para obtener más información.

A los miembros de OhioRISE se les asigna un coordinador de atención con experiencia en el trabajo con niños, jóvenes y familias/cuidadores. Estos ayudan a los miembros a lo siguiente:

- Saber qué servicios o apoyos comunitarios pueden necesitar los miembros o sus familias/cuidadores con los que OhioRISE puede ayudar a conectarlos.
- Obtener servicios y recursos.
- Asegurarse de que todos los médicos y proveedores de atención médica estén al tanto y participen en el plan de atención OhioRISE del miembro.
- Tratamiento intensivo en el hogar (IHBT): Servicios de tratamiento intensivo en el hogar de acuerdo con 5160-59-03.3. Servicios intensivos a corto plazo dentro del hogar del miembro para ayudar a estabilizar y mejorar su salud.
- Centros de tratamiento psiquiátrico residenciales (PRTF): Servicio del PRTF de acuerdo con 5160-59-03.6. Proporciona tratamiento intensivo para jóvenes con necesidades de salud conductual. Los PRTF trabajan con el miembro y su familia para desarrollar el conocimiento y las habilidades para manejar de manera segura sus necesidades en la comunidad.
- Servicios de cuidados paliativos y salud conductual: Servicios de cuidados paliativos y salud conductual de acuerdo con 5160-59-03.4. Proporciona alivio a corto plazo para los cuidadores primarios del miembro en su hogar o comunidad. Si el miembro es elegible para

los servicios de cuidados paliativos, podría obtener ayuda de alguien que tenga licencia para ayudarlo con sus actividades diarias en el hogar y el transporte a las actividades en su comunidad.

- Fondos flexibles primarios: Fondos flexibles primarios de acuerdo con 5160-59-03.5. Hasta $1,500 en un período de 365 días para comprar servicios o suministros para ayudar al miembro a lo siguiente:
- Reducir la necesidad de otros servicios.
- Mantener al miembro y a su familia seguros en casa.
- Ayudar al miembro a integrarse mejor en su comunidad.
- Servicios basados en el hogar y la comunidad de OhioRISE, servicios y proveedores de exención, incluidos los servicios y apoyos de transición y los fondos flexibles secundarios de acuerdo con 5160-59-05 – 5160-59-05.3.

Servicios móviles regionales de respuesta y estabilización (MRSS Regional)

Ohio ha implementado un enfoque de financiación de «modelo de estación de bomberos» para apoyar un sistema regional de MRSS. Este modelo está diseñado para garantizar un flujo de financiamiento estable y predecible que mejore la eficiencia, disponibilidad y accesibilidad de los servicios de respuesta a crisis para jóvenes y adultos jóvenes en todo el estado.

El programa MRSS proporciona intervenciones inmediatas de salud conductual presenciales para personas de 20 años o menos que experimentan crisis emocionales o conductuales. Los servicios son prestados por proveedores regionales de MRSS (RMP) y están disponibles en el hogar o en la comunidad, con opciones de telesalud cuando corresponda.

La información completa sobre las descripciones de los servicios, los criterios de elegibilidad, los requisitos clínicos y las limitaciones de los servicios se describe en el Código Administrativo de Ohio:

- **Norma 5160-27-13** (Departamento de Medicaid de Ohio): Cubre la elegibilidad de los proveedores, la cobertura del servicio y las pautas de reembolso
- **Norma 5122-29-14** (Departamento de Salud Conductual de Ohio):

  Detalla los estándares de certificación, las expectativas de prestación de servicios, la composición del equipo y los requisitos de control de calidad

Los recursos adicionales, incluidos los Estándares de Práctica de MRSS y herramientas para proveedores, están disponibles en el sitio web del Departamento de Salud Conductual (DBH):

Servicios Móviles de Respuesta y Estabilización (MRSS) | DBH

Servicios de salud conductual cubiertos por OhioRISE:

Servicio	Cobertura/ limitaciones*	Aprobación previa
Tratamiento comunitario de reafirmación personal para adultos	Con cobertura	No se necesita aprobación previa para los primeros 180 días.

Servicios de emergencia de salud conductual provistos en una sala de emergencias	Cubiertos por su beneficio de salud física	No se necesita aprobación previa
Servicios de salud conductual provistos a través del centro de salud con calificación federal (FQHC) o clínica de salud rural (RHC)	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Coordinación de la atención	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Tratamiento de apoyo psiquiátrico comunitario	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Servicios en casos de crisis	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Evaluación y valoración diagnósticas	Con cobertura/1 por año para ciertas evaluaciones	No se necesita aprobación previa, salvo que se cumplan las limitaciones
Análisis para detectar drogas y otros servicios de laboratorio selectos	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Terapia electroconvulsiva	Con cobertura	Se necesita aprobación previa
Evaluación e intervención en salud conductual	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Visitas domiciliarias con proveedores de salud conductual	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Servicios para trastornos por abuso de sustancias hospitalarios para pacientes internados	Con cobertura	Se necesita aprobación previa
Servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados	Con cobertura	Se necesita aprobación previa
Tratamiento intensivo mejorado en el hogar para niños y adolescentes	Con cobertura	No se necesita aprobación previa para los primeros 180 días.
Tratamiento asistido por medicamentos para adicciones	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Servicios de respuesta móvil y de estabilización	Con cobertura	Se necesita aprobación previa después de seis semanas.
Servicios de enfermería de salud conductual	Con cobertura	No se necesita aprobación previa.

Visitas al consultorio con proveedores de salud conductual	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Servicios del Programa de tratamiento con opioides (OTP)	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Medicamentos administrados por un médico o farmacéutico	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Servicios en un centro de tratamiento psiquiátrico residencial (PRTF)	Con cobertura dentro y fuera del estado	Se necesita aprobación previa
Pruebas psicológicas	20 consultas cubiertas por año calendario	No se necesita aprobación previa para las primeras 20 consultas por año
Rehabilitación Psicosocial	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Psicoterapia y asesoramiento	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Servicios psiquiátricos	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Servicios de cuidados paliativos y salud conductual	Con cobertura	Se necesita aprobación previa solo después de 90 días.
Prueba de detección, intervención breve y remisión para tratamiento (SBIRT)	Con cobertura/ 1 de cada tipo de prueba de detección por año	No se necesita aprobación previa, salvo que se cumpla el límite
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Evaluación de abuso de sustancias	Con cobertura/ 2 evaluaciones por año	No se necesita aprobación previa
Administración de casos para el abuso de sustancias	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Cuidados intensivos como paciente externo por abuso de sustancias	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Hospitalización parcial por abuso de sustancias	Con cobertura	Se necesita aprobación previa
Apoyo entre pares para la recuperación por abuso de sustancias	Con cobertura/hasta 4 horas por día	No se necesita aprobación previa, salvo que se cumpla el límite

Tratamiento residencial por abuso de sustancias	Con cobertura/ hasta 30 días consecutivos durante las primeras 2 hospitalizaciones	No se necesita aprobación previa, salvo que se cumpla el límite
Tratamiento por abuso de sustancias	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Manejo de la abstinencia en pacientes con trastornos por abuso de sustancias	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Servicios de telesalud para salud conductual	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Servicio conductual terapéutico	Con cobertura	No se necesita aprobación previa
Fondos flexibles principales	Con cobertura	Los fondos flexibles principales necesitarán aprobación previa a través del proceso de revisión del Plan de atención centrado en el niño y en la familia.

Requisitos relativos a la presentación y el procesamiento de solicitudes de remisiones a especialistas de conformidad con la norma 5160-26-05.1 del OAC

Documentación de las remisiones

Los proveedores son responsables de iniciar, coordinar y documentar las remisiones a especialistas, incluidos los proveedores de salud mental/abuso de sustancias (MH/SA), dentro de nuestra red. Los proveedores deben seguir las prácticas respectivas para la atención en la sala de emergencias, la segunda opinión y los miembros que no cumplen.

Telesalud

OhioRISE cubrirá los servicios de telesalud de salud conductual aplicables según lo especificado en el manual de *Servicios de telesalud del ODM: Manual de Pautas para las organizaciones* de cuidado administrado (**Telehealth-Services-guidelines-for MCOs-Version-3.pdf**). OhioRISE implementará cualquier cambio descrito en este manual dentro de los 30 días calendario posteriores a la notificación del cambio por parte del Departamento de Medicaid de Ohio (ODM).

OhioRISE educará a los miembros y proveedores sobre la disponibilidad de la telesalud, las consideraciones sobre el uso de la telesalud frente a las consultas en persona, los requisitos aplicables y cómo acceder a las opciones de telesalud.

El Directorio de proveedores de OhioRISE identificará claramente a los proveedores que ofrecen telesalud y, en caso afirmativo, cuándo está disponible.

Transporte

Los miembros de OhioRISE tienen acceso al transporte. El coordinador de atención de OhioRISE del miembro puede ayudar con preguntas y problemas de transporte. El miembro o su familia pueden comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de OhioRISE al **833-711-0773 (TTY: 711)** para obtener ayuda.

Su organización de cuidado administrado (MCO) puede proporcionar transporte hacia y desde un servicio de OhioRISE. El miembro o su familia pueden llamar a su MCO para obtener más información (en la página 10) o para programar un viaje.

Si el miembro está inscrito en Medicaid tradicional, el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado (CDJFS) proporciona transporte a través del programa de Transporte que no sea de emergencia (NET). El miembro o su familia pueden llamar al CDJFS para obtener más detalles o para programar un viaje. La información de contacto se puede encontrar en este enlace: **jfs.ohio.gov/about/local-agencies-directory**

Beneficios no cubiertos

Aetna Better Health of Ohio no pagará por servicios o suministros recibidos que no estén cubiertos por OhioRISE:

- Servicios de salud física.
- Todos los servicios o suministros que no sean médicamente necesarios.
- Prueba de paternidad.
- Servicios para determinar la causa de la muerte (autopsia) o servicios relacionados con estudios forenses.
- Servicios de suicidio asistido, definidos como servicios cuyo propósito es provocar, o ayudar a provocar, la muerte de una persona.

Responsabilidad financiera por los servicios prestados a niños y jóvenes de OhioRISE (Protocolo de servicios mixtos)

El Protocolo de servicios mixtos de OhioRISE aclara la responsabilidad financiera por los servicios de salud conductual proporcionados a niños y jóvenes que reúnan estas características:

- Estén inscritos en el plan OhioRISE.
- Se inscriban en el plan OhioRISE a partir de la fecha de admisión en una estadía de salud conductual para pacientes internados en o después de la implementación del Programa OhioRISE (1 de julio de 2022). Los jóvenes que se inscriben en el Programa OhioRISE deben haber sido determinados elegibles para Medicaid de Ohio según la sección 5160.01 (D)(1) del Código Revisado de Ohio (ORC), que es distinto de otros programas de asistencia médica o beneficios de tiempo limitado ofrecidos por la agencia.

Este protocolo incluye servicios que están cubiertos tanto por el plan OhioRISE como por la organización de cuidado administrado (MCO). Excluye los servicios mejorados o nuevos que solo están cubiertos por el plan OhioRISE. Los servicios que no son de salud conductual (dentales, de transporte, etc.) no están cubiertos por OhioRISE y siguen siendo responsabilidad de la MCO (o Medicaid de pago por servicio [FFS] de la persona). La responsabilidad financiera por los servicios de salud conductual proporcionados a niños y jóvenes que no están inscritos en el plan OhioRISE sigue siendo responsabilidad de la organización de cuidado administrado del beneficiario o de Medicaid de pago por servicio.

Los proveedores pueden usar este documento para identificar la entidad a la que se deben presentar las reclamaciones si un niño o joven está inscrito en el plan OhioRISE. Los servicios se definen en la columna de la izquierda, mientras que la entidad a la que se debe dirigir la reclamación, dependiendo de la fecha del servicio, está en la columna de la derecha.

Tenga en cuenta que las admisiones por salud conductual para pacientes internados, niños y jóvenes menores de 21 años, en la fecha de admisión dan como resultado la inscripción en OhioRISE a partir de la fecha de admisión, independientemente de si los sistemas de elegibilidad demuestran la inscripción en OhioRISE en el momento en que el niño o joven es admitido. Por lo tanto, las internaciones en hospital por salud conductual para pacientes internados, como se describe en este documento, son responsabilidad del plan OhioRISE. Puede consultar el documento completo en **https://tinyurl.com/4phd2mhb**

Descripción general del Sistema de Quejas para los miembros

Aetna Better Health of Ohio se toma muy en serio las quejas y apelaciones. Queremos saber qué no está bien para que podamos mejorar nuestros servicios. Los miembros pueden presentar una queja o apelación si no están satisfechos. Un proveedor de la red, actuando en nombre de un miembro y con el consentimiento por escrito del miembro, puede presentar una queja, una apelación y una audiencia estatal, según corresponda.

Un miembro o su representante autorizado puede solicitar una audiencia estatal a través del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio (ODJFS) después del proceso de apelación.

De acuerdo con los procedimientos de quejas, apelaciones y audiencias estatales y los plazos previstos en la norma 5160-26-05.1 del OAC, informamos a los miembros sobre los procedimientos de reclamo/quejas, apelaciones y audiencias estatales. Esta información está contenida en el Manual para miembros y en este Manual para proveedores, incluso está disponible en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/OhioRISE**. Cuando se solicita, brindamos a los miembros asistencia razonable para completar formularios y realizar otros pasos del procedimiento.

Quejas

Los miembros o sus representantes pueden presentar quejas de forma oral o por escrito a cualquier miembro del personal de OhioRISE. Las quejas estándar se pueden presentar en cualquier momento. Las quejas aceleradas relacionadas con la denegación de la autorización previa acelerada o el procesamiento de apelaciones, aquellas relacionadas con la extensión del plazo de toma de decisiones para una autorización previa o una apelación por parte de OhioRISE, deben solicitarse dentro de los sesenta (60) días calendario posteriores a la carta de procesamiento acelerado o la carta de extensión.

Extensión de quejas

Si no podemos resolver una queja estándar dentro del plazo especificado, podemos solicitar que se extienda la fecha de decisión de la queja por catorce (14) días calendario. Solo aceptaremos una extensión si es en beneficio del miembro. En estos casos, proporcionaremos información que describa el motivo de la demora por escrito al miembro y al Departamento de Medicaid de Ohio.

Resolución de quejas aceleradas

Las quejas se resolverán dentro de los siguientes plazos, y el miembro será notificado verbalmente el mismo día de la resolución de las quejas aceleradas y por escrito dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores a la resolución de todas las quejas, a menos que se justifique una extensión de tiempo. El plazo para la resolución de una queja y el aviso a las partes afectadas es el siguiente:

- Dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores a la recepción en los siguientes casos:
    - Situaciones clínicamente urgentes.
    - Quejas relacionadas con el momento en que OhioRISE extiende el plazo para la toma de decisiones.
    - Cuando la queja sea el resultado de una denegación de la toma de decisiones de apelación acelerada.
- Dentro de los dos (2) días hábiles posteriores a la recepción si la queja se refiere al acceso a los servicios.
- Dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción de las quejas no relacionadas con reclamaciones.
- Dentro de los sesenta (60) días calendario posteriores a la recepción de las quejas relacionadas con reclamaciones.

Reclamos reglamentarios

En cualquier momento a lo largo del proceso de apelación o queja, o en lugar del proceso de apelación y queja, el miembro puede presentar un reclamo ante un organismo regulador por cualquier motivo, incluida la insatisfacción con el resultado de una apelación o queja. Se pueden recibir reclamos reglamentarios de cualquier área en el estado de Ohio. Por ejemplo, los reclamos se pueden presentar a través del Departamento de Seguros de Ohio en su sitio web en **insurance.ohio.gov/home** o a través del procurador general de Ohio también en su sitio web en **ohioattorneygeneral.gov/Individuals-and- Families/Consumers/File-A-Complaint**.

Sección VII: Coordinación de la atención

Aetna Better Health of Ohio se enfoca en establecer relaciones, fomentar la participación activa y la toma de decisiones por parte de los miembros y sus cuidadores, y en asistir en la coordinación de todo el continuo de servicios y apoyos de salud conductual. El objetivo es asegurarse de que los miembros reciban atención en el entorno comunitario más integrado y menos restrictivo, compatible con un funcionamiento óptimo y con sus preferencias personales.

Identificación de las necesidades de los miembros

El Plan OhioRISE ofrece coordinación de atención a todos los miembros inscritos en el Programa OhioRISE. Los coordinadores de atención tienen experiencia en el trabajo con niños, jóvenes y familias y saben qué servicios están disponibles para un miembro a través del Programa OhioRISE, de la organización de cuidado administrado de Medicaid (MCO) del miembro y dentro de la comunidad. Todos los miembros de OhioRISE son contactados poco después de que se inscriben. A partir de la evaluación que se realizó para determinar la elegibilidad para el Programa OhioRISE, al miembro se le asignará un nivel inicial de coordinación de atención, llamado nivel.

Para los miembros que se encuentran en la coordinación de la atención de Nivel 2 (moderado) o de Nivel 3 (intensivo), los servicios de coordinación de la atención serán proporcionados por una entidad de administración de la atención (CME). Las CME tienen contratos con el Plan OhioRISE para ofrecer dicha coordinación de atención. Para los niveles moderados e intensivos, la CME asignará un coordinador de atención. Las CME y sus coordinadores de atención están ubicados en el área donde viven los miembros y saben qué servicios están disponibles. Tienen experiencia en el trabajo con los sistemas de servicios para niños en el estado y serán su socio en las decisiones de atención para mejorar los resultados de salud conductual del miembro. Si un miembro es asignado al Nivel 1 (limitado), la coordinación de la atención será proporcionada directamente por el coordinador de atención del Plan OhioRISE.

Una vez que los miembros estén inscritos en el plan, el coordinador de atención asignado programará una visita inicial en el hogar del miembro o en el lugar de su elección. Durante esta primera visita y las siguientes, el miembro, el coordinador de atención y los miembros de la familia o las partes responsables harán lo siguiente:

- Completarán una evaluación inicial. Esta evaluación nos permite obtener más información sobre las necesidades de atención médica y conductual. También obtenemos información sobre la atención médica anterior del miembro y los servicios que está recibiendo actualmente.
- Revisarán y analizarán las inquietudes actuales de salud conductual de los miembros para obtener más información sobre las necesidades.
- Ayudarán al miembro o a la familia a obtener más información sobre sus afecciones.
- Hablarán sobre qué nivel de coordinación de la atención (nivel) puede ser necesario y más beneficioso y si el miembro o la familia están de acuerdo o en desacuerdo con ese nivel.
- Identificarán quién quiere que el miembro o la familia participe en el Equipo para el niño y la familia (CFT).

Papel del proveedor en la coordinación de la atención

Los proveedores desempeñan un papel clave en la coordinación de la atención de OhioRISE. Ayudan a identificar a los niños y jóvenes que pueden beneficiarse del programa, completan evaluaciones como la CANS (Necesidades y fortalezas de niños y adolescentes) y trabajan en

estrecha colaboración con los coordinadores de atención para desarrollar y llevar a cabo planes de atención individualizados. Los proveedores también ayudan a conectar a las familias con los servicios de todos los sistemas, como la salud conductual, las discapacidades del desarrollo, la educación y el bienestar infantil, lo que garantiza que la atención esté bien organizada y satisfaga las necesidades únicas del niño. Su colaboración ayuda a reducir las brechas en la atención y apoya mejores resultados para los jóvenes y las familias.

- Trabajarán juntos en un Plan de atención centrado en el niño y la familia (CFCP) que se asegure de que se satisfagan las necesidades de salud conductual del miembro.
- Explicarán cómo obtener servicios para situaciones de crisis.
- Establecerán un horario para los contactos regulares a través de visitas y llamadas telefónicas.
- Identificarán con qué servicios necesita ayuda el miembro o la familia y cómo puede ayudar el coordinador de atención.
- Se informarán sobre cómo el coordinador de atención ayudará con las remisiones a atención especializada, trabajarán con proveedores de atención médica, agencias estatales de servicios para niños y organizaciones.
- Se informarán sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención asignado.
- Explicarán qué hacer si el miembro o la familia desea cambiar el coordinador de atención asignado o la entidad de administración de la atención (CME) asignada.

Servicios de exención 1915(c) de OhioRISE

- **Cuidados paliativos fuera del hogar:** Un servicio proporcionado fuera del hogar del joven que proporcionará alivio temporal a corto plazo al cuidador primario o a los cuidadores de un joven inscrito en el plan OhioRISE.
- **Servicios y apoyos de transición:** Servicios destinados a apoyar a los jóvenes y sus familias que están atravesando cambios en las circunstancias/ubicaciones u otras condiciones de calificación.
- **Fondos flexibles secundarios:** Servicios, equipos o suministros, que no se proporcionan de otra manera a través de la exención o a través del plan estatal de Medicaid, que están diseñados para satisfacer la necesidad de los jóvenes para abordar los comportamientos. Puede encontrar información adicional sobre los servicios de exención 1915(c) de OhioRISE en los siguientes capítulos: **5160-59-05 Exención de HCBS de OhioRISE: Servicios cubiertos y proveedores; 5160-59-05.1 Exención de HCBS de OhioRISE: Cuidados paliativos fuera del hogar; 5160-59-05.2 Exención de HCBS de OhioRISE: Servicios y apoyos de transición; y 5160-59-05.3 Exención de HCBS de OhioRISE: Fondos flexibles secundarios**

Un médico de atención primaria (PCP), los coordinadores de atención asignados, los miembros del equipo para el niño y la familia (CFT) o los profesionales o proveedores tratantes son responsables de iniciar y coordinar la solicitud de autorización de un miembro a través del portal web seguro de Aetna, Availity, o es posible que deban comunicarse directamente con el Departamento de Autorización Previa de Aetna Better Health of Ohio para verificar o confirmar una autorización previa.

El proveedor solicitante es responsable de cumplir con nuestros requisitos, políticas y procedimientos de solicitud de autorización previa, y de obtener un número de autorización para facilitar el reembolso de las reclamaciones.

Las decisiones de la Gestión de la Utilización (UM) se basan en la idoneidad de la atención y del servicio, así como en la existencia de cobertura. Aetna no recompensa específicamente a los profesionales ni a otros individuos por emitir denegaciones de cobertura. Los incentivos financieros para quienes toman decisiones en la UM no fomentan decisiones que resulten en subutilización de los servicios.

Para aquellos servicios que requieren autorización previa, los proveedores participantes y no participantes deben obtener nuestra autorización previa al servicio antes de proporcionar servicios clínicos, procedimientos u hospitalizaciones que requieran autorización previa. El incumplimiento de las políticas y procedimientos de autorización previa puede resultar en la denegación o retraso del reembolso. En nuestro sitio web se puede consultar la lista de servicios que requieren autorización previa. Los servicios no autorizados no serán reembolsados, y el hecho de contar con una autorización no garantiza el pago. Todos los servicios fuera de la red requieren autorización (consulte abajo para conocer las excepciones). Los servicios no autorizados no serán reembolsados, y el hecho de contar con una autorización no garantiza el pago.

Papel del proveedor en la coordinación de la atención y los programas de administración de la atención

Papel del proveedor en la coordinación de la atención y los programas de administración de la atención de acuerdo con la norma OAC 5160-59-03.2.

Información de la delegación de coordinación de la atención: Servicios de salud mental/abuso de sustancias

Con el fin de satisfacer las necesidades de nuestros miembros, Aetna Better Health of Ohio brindará una serie de servicios de salud conductual a los miembros que estén en riesgo de padecer o sufran trastornos mentales, adictivos u otros trastornos conductuales. Somos una organización de atención médica conductual con experiencia y hemos contratado a proveedores con experiencia en la prestación de servicios de salud conductual a la población de Ohio.

Proceso de remisión para miembros que necesitan asistencia de salud mental/por abuso de sustancias

Los miembros pueden autorremitirse a cualquier proveedor de salud mental/abuso de sustancias (MH/SA) participante dentro de nuestra red sin una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP).

Coordinación de los servicios de salud mental y salud física

Dirigidos por el coordinador de atención asignado a cada miembro, coordinamos los servicios de atención de salud mental para los miembros a través de nuestros Equipos para el niño y la familia (CFT). A través de este equipo, organizamos exámenes de detección, evaluaciones y tratamientos basados en la evidencia. Estos tratamientos pueden incluir servicios o remisiones para la atención de necesidades de salud física, necesidades de salud conductual, trastorno por uso de sustancias, diagnósticos dobles o múltiples y discapacidades del desarrollo. Además, con el permiso del miembro, nuestro personal de coordinación puede facilitar la coordinación de la atención para la detección, evaluación y tratamiento por abuso de sustancias. También trabajamos con la organización de cuidado administrado del miembro para coordinar las necesidades de salud física.

Los miembros atendidos en el entorno de atención primaria pueden presentar una afección de salud conductual, que el proveedor de atención primaria (PCP) debe estar preparado para

reconocer. Se alienta a los PCP a usar herramientas de detección de salud conductual, tratar problemas de salud conductual que estén dentro de su ámbito de práctica y remitir a los miembros a proveedores de salud conductual cuando corresponda. Los miembros atendidos por proveedores de salud conductual deben ser evaluados para detectar problemas médicos coexistentes. Los proveedores de salud conductual deben remitir a los miembros con problemas o trastornos de salud física conocidos o presuntos y no tratados a su PCP para que los examine y reciba, con el consentimiento del miembro.

Los proveedores de salud conductual también pueden proporcionar servicios de atención de la salud física si tienen licencia para hacerlo. Se les pide a los proveedores de salud mental/abuso de sustancias (MH/SA) que comuniquen cualquier inquietud con respecto a la afección médica del miembro al PCP, con el consentimiento de los miembros si es necesario, y que trabajen en colaboración en un plan de atención.

Sección VIII: Gestión de Utilización

Servicios de salud conductual cubiertos por OhioRISE que requieren autorización previa:

Servicio	Cobertura/ limitaciones*	Aprobación previa
Tratamiento comunitario de reafirmación personal para adultos	Con cobertura	No se necesita aprobación previa para los primeros 180 días.
Evaluación y valoración diagnósticas	Con cobertura/1 por año para ciertas evaluaciones	No se necesita aprobación previa, salvo que se cumplan las limitaciones
Terapia electroconvulsiva	Con cobertura	Se necesita aprobación previa
Servicios para trastornos por abuso de sustancias hospitalarios para pacientes internados	Con cobertura	Se necesita aprobación previa
Servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados	Con cobertura	Se necesita aprobación previa
Tratamiento intensivo mejorado en el hogar para niños y adolescentes	Con cobertura	No se necesita aprobación previa para los primeros 180 días.
Servicios de respuesta móvil y de estabilización	Con cobertura	Se necesita aprobación previa después de seis semanas.
Servicios en centro de tratamiento psiquiátrico residencial (PRTF)	Con cobertura dentro y fuera del estado	Se necesita aprobación previa
Pruebas psicológicas	20 consultas cubiertas por año calendario.	No se necesita aprobación previa para las primeras 20 consultas por año.
Servicios de cuidados paliativos y salud conductual	Con cobertura	Se necesita aprobación previa solo después de 90 días.
Prueba de detección, intervención breve y remisión para tratamiento (SBIRT)	Con cobertura/1 de cada tipo de prueba de detección por año	No se necesita aprobación previa, salvo que se cumpla el límite
Evaluación de abuso de sustancias	Con cobertura/ 2 evaluaciones por año	No se necesita aprobación previa, salvo que se cumpla el límite

Hospitalización parcial por abuso de sustancias	Con cobertura	Se necesita aprobación previa
Apoyo entre pares para la recuperación por abuso de sustancias	Con cobertura/ hasta 4 horas por día	No se necesita aprobación previa, salvo que se cumpla el límite
Tratamiento residencial por abuso de sustancias	Con cobertura/ hasta 30 días consecutivos durante las primeras 2 hospitalizaciones	No se necesita aprobación previa, salvo que se cumpla el límite
Fondos flexibles principales	Con cobertura	Los fondos flexibles principales necesitarán aprobación previa a través del proceso de revisión del Plan de atención centrado en el niño y en la familia.

Proceso de presentación de autorización previa: Proceso y formato

Cómo solicitar autorizaciones previas

Las autorizaciones previas se pueden obtener a través del portal web seguro de Aetna, Availity. Los proveedores pueden acceder a Availity directamente en la dirección web que aparece a continuación o a través de nuestra página web **apps.availity.com/availity/Demos/Registration/index.htm**

Plazos para responder a las solicitudes de autorizaciones previas (PA) estándar y aceleradas

Decisión	Plazo de la decisión/ notificación	Notificación a	Método de notificación
Aprobación previa al servicio urgente	Cuarenta y ocho (48) horas a partir de la recepción de la solicitud	Profesional/ proveedor	Oral o electrónico/ escrito
Denegación previa al servicio urgente	Cuarenta y ocho (48) horas a partir de la recepción de la solicitud	Profesional/ proveedor/ miembro	Oral o electrónico/ escrito
Aprobación previa al servicio no urgente	Diez (10) días calendario a partir de la recepción de la solicitud	Profesional/ proveedor	Oral o electrónico/ escrito
Denegación previa al servicio no urgente	Diez (10) días calendario a partir de la recepción de la solicitud	Profesional/ proveedor/ miembro	Electrónico/escrito
Aprobación simultánea urgente	Cuarenta y ocho (48) horas a partir de la recepción de la solicitud	Profesional/ proveedor	Oral o electrónico/ escrito

Denegación simultánea urgente	Cuarenta y ocho (48) horas a partir de la recepción de la solicitud	Profesional/ proveedor	Oral o electrónico/ escrito
Aprobación posterior al servicio	Treinta (30) días calendario a partir de la recepción de la solicitud	Profesional/ proveedor	Oral o electrónico/ escrito
Denegación posterior al servicio	Treinta (30) días calendario a partir de la recepción de la solicitud	Profesional/ proveedor/ miembro	Electrónico/escrito
Cancelación, suspensión, reducción de la autorización previa	Al menos quince (15) días calendario antes de la fecha de la acción	Profesional/ proveedor/ miembro	Electrónico/escrito

Procedimientos de apelación para proveedores: Consultas entre pares

Cuando se haya emitido una determinación adversa de beneficios, Aetna Better Health notificará al proveedor sobre la opción de solicitar una consulta entre pares. Se puede solicitar una consulta entre pares llamando al **800-711-0773**, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., hora del este. Si la solicitud de consulta entre pares se refiere a una denegación previa al servicio, el proveedor tiene cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de notificación de la determinación adversa de beneficios para solicitar la consulta. Para revisiones posteriores, el proveedor tiene dos (2) días hábiles a partir de la fecha de notificación de la determinación adversa de beneficios para solicitar una consulta entre pares. El personal de administración médica coordinará la consulta entre pares entre el director médico de Aetna Better Health y el proveedor solicitante.

Revisión médica externa

Revisión médica externa (EMR): Es el proceso de revisión realizado por una entidad de revisión médica externa e independiente que es iniciado por un proveedor que no está de acuerdo con la decisión del Plan OhioRISE de negar, limitar, reducir, suspender o cancelar un servicio cubierto por falta de necesidad médica.

La EMR será llevada a cabo por Permedion. Este proveedor tiene un contrato con el ODM para realizar la EMR.

Para solicitar una EMR, los proveedores primero deben apelar la decisión de denegar, limitar, reducir, suspender o cancelar un servicio cubierto por falta de necesidad médica mediante el proceso interno de resolución de disputas de reclamaciones o apelaciones de proveedores de OhioRISE. Si no se agota dicho proceso interno de resolución de disputas de reclamaciones o apelaciones de OhioRISE, el proveedor no podrá solicitar una EMR.

La EMR solo está disponible para los proveedores de servicios prestados a los miembros inscritos en el cuidado administrado de Medicaid o de OhioRISE. El proceso de EMR no está disponible actualmente en los programas MyCare Ohio ni del administrador de beneficios de farmacia única (SPBM).

Un proveedor puede solicitar una EMR como resultado de lo siguiente:

1. Denegaciones, limitaciones, reducciones, suspensiones o terminaciones que requirieron documentación clínica o revisión de registros médicos para tomar la decisión de denegar

(incluye revisiones previas al servicio, concurrentes y retrospectivas).

2. Denegaciones, limitaciones, reducciones, suspensiones o terminaciones que involucraron el juicio clínico o la toma de decisiones médicas (es decir, la solicitud fue remitida a un profesional con licencia para su revisión).
3. Denegaciones, limitaciones, reducciones, suspensiones o terminaciones basadas en no cumplir con un estándar clínico o requisito de necesidad médica (p. ej., InterQual®, MCG®, ASAM o la norma 5160-1-01 del OAC, incluidos los criterios de EPSDT).

La denegación, limitación, reducción, suspensión o terminación de la autorización de servicio del Plan OhioRISE basada en la falta de necesidad médica incluyen, entre otras, las decisiones tomadas por el plan donde:

- Se requiere documentación clínica o revisión de registros médicos para tomar la decisión de denegar (incluye revisiones previas al servicio, concurrentes y retrospectivas).
- Se requiere juicio clínico o toma de decisiones médicas (es decir, remisión a un profesional autorizado para su revisión).
- No se cumple con un estándar clínico o un requisito de necesidad médica (p. ej., InterQual®, MCG®, ASAM la norma 5160-1- 01 del OAC, incluidos los criterios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos, o la política o políticas de cobertura clínica o de gestión de la utilización de OhioRISE).

El Plan OhioRISE está obligado a notificar a los proveedores de su opción de solicitar una EMR como parte de cualquier notificación de denegación.

Cómo solicitar una revisión médica externa

La solicitud de una EMR debe enviarse a Permedion dentro de los 30 días calendario posteriores a la notificación por escrito de que se ha agotado el proceso interno de disputas de apelaciones o reclamaciones de proveedores.

Los proveedores deben completar el formulario “Ohio Medicaid MCE External Review Request” (Solicitud de revisión externa de la MCE de Medicaid de Ohio) que se encuentra en **www.hmspermedion.com** (seleccionar Contract Information [Información del contrato] y Ohio Medicaid [Medicaid de Ohio]) y enviarlo a Permedion junto con la documentación de respaldo requerida, que incluye lo siguiente:

- Copias de todas las cartas de decisión adversa del Plan OhioRISE (inicial y de apelación).
- Todos los registros médicos, declaraciones (o cartas) de los proveedores de atención médica tratantes u otra información que el proveedor quiera que se considere en la revisión del caso.

Los proveedores deben cargar el formulario de solicitud y toda la documentación de respaldo en el portal del proveedor de Permedion ubicado en **ecenter.hmsy.com** (los nuevos usuarios enviarán su documentación a través de un correo electrónico seguro a **IMR@gainwelltechnologies.com** para establecer el acceso al portal).

Nota: Al solicitar una EMR, los proveedores pueden presentar documentación nueva u otra documentación relevante como parte de la solicitud de EMR. Si el Plan OhioRISE determina que la solicitud de EMR del proveedor no es elegible para una EMR y el proveedor no está de acuerdo, el ODM o su representante determinará si una EMR es apropiada. El proceso de EMR no interfiere con el derecho del proveedor a solicitar una revisión entre pares, ni con el derecho del miembro a solicitar una apelación o una audiencia estatal, ni con los plazos para resolver dichas apelaciones o audiencias. Una vez que el proveedor ha enviado la solicitud de EMR, no necesita tomar ninguna otra medida.

Revisión de la EMR:

Después de que se haya enviado la solicitud de EMR, Permedion compartirá con el Plan OhioRISE cualquier documentación que el proveedor haya compartido. Después de revisar esta información, el Plan OhioRISE puede revertir su denegación, en parte o en su totalidad. Si el Plan OhioRISE revierte cualquier parte de su decisión, el proveedor recibirá una decisión por escrito dentro de un día hábil para las solicitudes de autorización previa acelerada y 5 días hábiles para las solicitudes de autorización previa estándar y notificará a la entidad de EMR. Si el Plan OhioRISE decide revertir su decisión en parte, el resto continuará como una EMR.

Permedion tiene 30 días calendario para una solicitud estándar y tres días hábiles para una solicitud acelerada para realizar su revisión y emitir una decisión.

Si la decisión revierte la decisión de cobertura del Plan OhioRISE en parte o en su totalidad, esa decisión es definitiva y vinculante para el Plan OhioRISE.

Si la decisión está de acuerdo con la decisión del Plan OhioRISE de denegar, limitar, reducir, suspender o cancelar un servicio, esa decisión es definitiva.

En el caso de las decisiones de autorización de servicios que se revierten, el Plan OhioRISE debe autorizar los servicios de manera oportuna y con la rapidez que requiera la afección médica del miembro, pero a más tardar dentro de las 72 horas desde que el Plan OhioRISE recibe la decisión de la EMR.

En el caso de las decisiones revertidas asociadas únicamente con el pago al proveedor (es decir, cuando el servicio ya fue brindado al miembro), el Plan OhioRISE debe pagar los servicios en disputa dentro de los plazos establecidos para el pago de reclamaciones en el Apéndice L del Acuerdo del proveedor.

Para obtener más información sobre la revisión médica externa, comuníquese con Permedion al **800-473-0802** y seleccione la opción 2.

Sección IX: Información sobre reclamaciones

Proceso y requisitos para la presentación de reclamaciones

Descripción general del sistema de administración de la red de proveedores (PNM)

El módulo de PNM sirve como punto de entrada único para las funciones seguras del portal, como la presentación de reclamaciones, las autorizaciones previas y la verificación de la elegibilidad de los miembros. Los proveedores pueden enviar consultas de elegibilidad a través del sistema de PNM.

Para obtener más información, visite
https://ohpnm.omes.maximus.com/OH_PNM_PROD/Account/Login.aspxn

Descripción general de consultas y reclamaciones de facturación

Los proveedores deben utilizar códigos válidos de la Clasificación internacional de enfermedades, 10.ª Edición, modificación clínica (ICD-10 CM) y códigos con el más alto nivel de especificidad. También se requiere el uso completo y preciso del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Atención Médica (HCPCS) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y de la Terminología de procedimiento actual (CPT), 4.ª Edición, de la Asociación Médica Estadounidense (AMA). Los hospitales y proveedores que utilizan el Manual Estadístico de Diagnóstico de los Trastornos Mentales, 4.ª Edición, (DSM IV) para la codificación deben convertir la información a los códigos oficiales de la ICD-10 CM. Si no se utilizan los códigos adecuados, los diagnósticos serán rechazados en el sistema de procesamiento de reclamaciones.

Una vez más, el incumplimiento de las pautas de codificación actuales puede provocar un retraso en el pago o el rechazo de una reclamación.

Cuándo facturar a un miembro

Todos los proveedores deben cumplir con las leyes federales de protección financiera y tienen prohibido facturar saldos a cualquier miembro más allá de los costos compartidos del miembro.

- Solo se puede facturar a un miembro cuando este acepta de manera consciente recibir servicios no cubiertos por el Plan OhioRISE.
- El proveedor DEBE notificar al miembro con anticipación que los cargos no serán cubiertos por el programa.
- El proveedor DEBE hacer que el miembro firme una declaración antes de que se presten los servicios, en la que acepte pagar por dichos servicios, y colocar dicho documento en el registro médico del miembro.

Cuándo presentar una reclamación

Todas las reclamaciones deben enviarse electrónicamente a través del intermediario fiscal/ Intercambio Electrónico de Datos (EDI) del ODM utilizando el número de identificación de pagador: 45221. Antes de presentar una reclamación a través de su oficina informativa, asegúrese de que esta sea compatible con la institución financiera.

Reclamaciones limpias

Requerimos presentaciones de reclamaciones limpias para su procesamiento. Una “reclamación limpia” se define como aquella que puede ser procesada (adjudicada) sin obtener información

adicional del proveedor de servicios o de un tercero. No incluye las reclamaciones presentadas por proveedores que se encuentren bajo investigación por fraude o abuso, ni aquellas que estén bajo revisión por necesidad médica.

Presentación oportuna de reclamaciones

De acuerdo con las obligaciones contractuales, las reclamaciones por los servicios prestados a un miembro deben recibirse de manera oportuna. Los proveedores tendrán 365 días para presentar oportunamente una reclamación, incluidas las excepciones de presentación oportuna, de acuerdo con la norma 5160-1-19 del OAC. Nuestros plazos establecidos para la presentación oportuna de reclamaciones son los siguientes:

Proveedores participantes:

- **Presentación de nuevas reclamaciones:** Consulte su contrato para conocer el plazo contractual de presentación oportuna de disputas y reclamaciones corregidas. En el caso de reclamaciones de pacientes internados, la fecha de servicio corresponde a la fecha de alta del miembro.
- **Disputas y nuevas presentaciones de reclamaciones:** Consulte su contrato para conocer el plazo contractual de presentación oportuna de disputas y reclamaciones corregidas. En el caso de reclamaciones de pacientes internados, la fecha de servicio corresponde a la fecha de alta del miembro.

Proveedores no participantes: Presentación de nuevas reclamaciones

- Las presentaciones de reclamaciones deben presentarse dentro de los 365 días a partir de la fecha de prestación del servicio cubierto o de la fecha límite de publicación de elegibilidad, lo que ocurra más tarde. En el caso de reclamaciones de pacientes internados, la fecha de servicio corresponde a la fecha de alta del miembro.
- **Disputas y nuevas presentaciones de reclamaciones:** Las disputas de reclamaciones y las reclamaciones corregidas deben presentarse en un plazo de 365 días a partir de la fecha de prestación del servicio cubierto o de la fecha límite de publicación de elegibilidad, lo que ocurra más tarde. En el caso de reclamaciones de pacientes internados, la fecha de servicio corresponde a la fecha de alta del miembro.

No presentar las reclamaciones y los datos de consultas dentro del plazo establecido puede ocasionar demoras en el pago o denegaciones.

Lesiones debido a un accidente

Las leyes de Medicare y Medicaid solo permiten la subrogación en los casos en que exista una expectativa razonable de pago de terceros. En los casos en los que el seguro legalmente requerido (por ejemplo, responsabilidad civil de automóvil) no esté en vigor, estamos obligados a asumir la responsabilidad como pagador primario.

Cómo presentar una reclamación

Los proveedores pueden presentar reclamaciones, consultas de elegibilidad, consultas sobre el estado de las reclamaciones y archivos adjuntos asociados utilizando el intercambio electrónico de datos (EDI) siendo un socio comercial (TP) autorizado por ODM o contratando un TP autorizado por ODM. **https://medicaid.ohio.gov/resources-for providers/billing/trading-partners/trading-partners**

Puntos importantes para recordar

No aceptamos envíos directos de Intercambio Electrónico de Datos (EDI) de nuestros proveedores. No realizamos ninguna prueba 837 directamente con nuestros proveedores, sino que realizamos dichas pruebas con el intermediario fiscal (FI).

Iniciativa de codificación correcta

Seguimos los mismos estándares que la política de la Iniciativa de codificación correcta (CCI) y realizamos ediciones y auditorías de CCI en reclamaciones para el mismo proveedor, el mismo destinatario y la misma fecha de servicio. Para obtener más información sobre esta iniciativa, no dude en visitar: **cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd/** . Utilizamos ClaimsXten® como nuestra solución integral de auditoría de códigos, que ayuda a los pagadores a garantizar un reembolso adecuado. Se seguirán las pautas de la Iniciativa de codificación correcta de acuerdo con los CMS y la información de codificación pertinente recibida de otras organizaciones o sociedades médicas.

Próximamente, se publicará información adicional sobre el acceso de los proveedores a nuestro software para desvincular a través de Clear Claim ConnectionTM.

Clear Claim Connection es una herramienta independiente de referencia para auditoría de códigos basada en la web, diseñada para reflejar nuestra solución integral de auditoría de códigos mediante ClaimsXten. Nos permite compartir con nuestros proveedores las normas de auditoría de reclamaciones y la justificación clínica que se encuentra incorporada en ClaimsXten.

Los proveedores tendrán acceso a Clear Claim Connection a través de nuestro sitio web (**https://medicaidportal.aetna.com/sso/clearclaim/default.aspx**) y un inicio de sesión seguro. Las combinaciones de codificación de Clear Claim Connection se pueden usar para revisar los resultados de las reclamaciones después de que se haya procesado una reclamación. Las combinaciones de codificación también se pueden revisar antes de la presentación de una reclamación, de modo que el proveedor pueda ver las normas de auditoría de reclamaciones y la justificación clínica antes de la presentación de reclamaciones.

Codificación correcta

La codificación correcta significa facturar un grupo de procedimientos con el código integral apropiado. Todos los servicios que forman parte integrante de un procedimiento se consideran incluidos dentro de ese procedimiento como componentes del código integral cuando sucede lo siguiente con dichos servicios:

- Representan el estándar de atención para el procedimiento general.
- Son necesarios para completar el procedimiento integral.
- No representan un procedimiento identificable por separado que no esté relacionado con el procedimiento integral.

Codificación incorrecta

Algunos ejemplos de codificación incorrecta son los siguientes:

- “Desvincular”: Fragmentar un servicio en componentes y codificar cada uno como si fuera un servicio separado.
- Facturar códigos separados para servicios relacionados cuando un solo código incluye todos los servicios relacionados.
- Separar procedimientos bilaterales cuando un código sea apropiado.

- Reducir el nivel de un servicio para utilizar un código adicional cuando corresponde un solo código de nivel superior y más integral.

Modificadores

Con el fin de comunicar información detallada de una manera eficiente y estandarizada, los modificadores son sufijos de dos caracteres que los proveedores de atención médica o codificadores adjuntan a un código CPT o HCPCS para proporcionar información adicional sobre el profesional o el procedimiento. Es sumamente importante informar los modificadores con precisión, ya que se utilizan para calcular límites suaves, fijar precios de los servicios y resolver reclamaciones. Los modificadores de procedimiento designados según el tipo de profesional y nivel de licencia son obligatorios para OhioRISE, con el objetivo de describir circunstancias específicas y aplicar las tarifas correspondientes.

Los modificadores aplicables según el tipo de proveedor de salud conductual y la especialidad se encuentran en el Manual de requisitos y reembolso para proveedores. Consulte esta referencia para obtener más información:
bh.medicaid.ohio.gov/Portals/0/2-1-2022%20BH%20Manual%20FV%201_21.pdf

Disputas y nuevas presentaciones de reclamaciones

Las disputas de reclamación de proveedores son cualquier consulta, reclamos, apelación o solicitud de reconsideración de proveedores que se deriva de preguntas generales sobre un reclamo a un proveedor que no está de acuerdo con la denegación de una reclamación.

- Los proveedores pueden presentar una disputa de reclamación dentro de los 12 meses a partir de la fecha del servicio o 60 días calendario después del pago, denegación o denegación parcial de la presentación oportuna de una reclamación, lo que ocurra más tarde.
- Los proveedores pueden presentar disputas de reclamación verbalmente o por escrito, incluso a través del portal del proveedor.
- Después de agotar el proceso de resolución de disputas de reclamaciones de proveedores de OhioRISE, un proveedor puede solicitar una revisión médica externa (EMR) si la denegación, limitación, reducción, suspensión o terminación del pago de reclamación se basó en una necesidad médica. Para obtener más información sobre la EMR, consulte la sección Gestión de la utilización de este manual.

Consulte su contrato para conocer su límite contractual de presentación oportuna para disputas y reclamaciones corregidas. En el caso de reclamaciones de pacientes internados, la fecha de servicio corresponde a la fecha de alta del miembro.

Nueva presentación de reclamaciones

Los proveedores no participantes tienen 365 días a partir de la fecha del servicio para volver a presentar una versión revisada de una reclamación procesada. Los proveedores participantes deben consultar su contrato para conocer los plazos oportunos de presentación y nueva presentación. La revisión y el reprocesamiento de una reclamación no se consideran una reconsideración ni una disputa sobre la reclamación.

Los proveedores pueden volver a presentar una reclamación con las siguientes características:

- Que haya sido originalmente denegada por falta de documentación, codificación incorrecta, etc.
- Que haya sido pagada o denegada incorrectamente debido a errores en el procesamiento. Las nuevas presentaciones deben enviarse electrónicamente con un código de frecuencia de 7 u 8.

Consulta del estado de las reclamaciones

Los proveedores pueden consultar el estado de una reclamación si acceden a nuestro sitio web seguro **AetnaBetterHealth.com/Ohio** o llaman al Departamento de Investigación de Reclamaciones (CICR) al **1-833-711-0773 (opción 2)**.

Estado en línea a través de nuestro portal web seguro

Alentamos a los proveedores a que aprovechen el uso del estado en línea, ya que es rápido, conveniente y se puede usar para determinar el estado de múltiples reclamaciones.

Supervisión de las reclamaciones y Explicación de beneficios

Aviso de envío de pagos a proveedores

Emitimos cheques semanalmente. Las reclamaciones procesadas durante un ciclo de pago aparecerán en un aviso de envío de pagos ("envío") como pagadas, denegadas o revertidas. Los ajustes a las reclamaciones pagadas incorrectamente pueden reducir el monto del cheque o hacer que no se emita un cheque. Revise cada envío cuidadosamente y compárelo con los anteriores para realizar un seguimiento y una publicación adecuados de los ajustes. Le recomendamos que conserve todos los avisos de envío de pagos y utilice la información para contabilizar pagos y reversiones, así como hacer correcciones para cualquier reclamación que requiera volver a presentarse.

Los proveedores que estén interesados en recibir avisos de envío de pagos electrónicos del nuevo EDI deberán inscribirse. Para ello, deben haberse inscrito utilizando el formulario de designación ODM-06306 835 que se encuentra en **Authorized Trading Partners (Socios comerciales autorizados) (ohio.gov)**. Al usar este formulario, los proveedores recibirán los 835 avisos de envío de pagos electrónicos (ERA) de todos los pagadores, es decir, Change Healthcare y MCE. Las versiones en PDF de los avisos de envío de pagos de todos los pagadores estarán disponibles a través del portal de PNM.

El Aviso de envío de pagos (envío) es la notificación al proveedor de las reclamaciones procesadas durante el ciclo de pago. Se establece un envío separado para cada línea de negocio en la que participa el proveedor.

La información facilitada en el mandato incluye lo siguiente:

- El cuadro de Resumen que se encuentra en la parte superior derecha de la primera página del envío resume los montos procesados para este ciclo de pago.
- La Fecha de envío representa el final del ciclo de pago.
- El saldo inicial representa los fondos que aún se le deben a Aetna Better Health of Ohio por sobrepagos anteriores que aún no se han recuperado o fondos adelantados.
- El Monto procesado es el total del monto procesado para cada reclamación representada en el envío de pagos.
- La Penalización por descuento es el monto deducido o agregado al monto procesado debido al pago atrasado o anticipado, según los términos del Acuerdo del proveedor.
- El Monto neto es la suma del Monto procesado y el Descuento/penalización.
- El Monto del reembolso representa los fondos que el proveedor devolvió a Aetna Better Health of Ohio debido a un sobrepago.
- Los montos invertidos se incluyen en el Monto procesado anterior. Las reclamaciones a las que se les aplican reembolsos se indican con un Estado de reclamación de "REVERTIDA" en el encabezado de detalles de la reclamación con un Monto de reembolso distinto de cero.

- El Monto pagado es el total del Monto neto, más el Monto de reembolso, menos el Monto recuperado.
- El saldo final representa los fondos que aún se le deben a Aetna Better Health of Ohio después de este ciclo de pago. Esto dará como resultado un Monto pagado negativo.
- El Número de cheque y el Monto del cheque se indican si hay un cheque asociado con el envío. Si el pago se realiza electrónicamente, se indican el número de referencia de transferencia electrónica de fondos (EFT) y el monto de EFT, junto con los últimos cuatro dígitos de la cuenta bancaria a la que se transfirieron los fondos. Se emiten cheques y envíos separados para cada línea de negocio en la que usted participe.

El Plan de beneficios se refiere a la línea de negocio aplicable para este envío. TIN se refiere al número de identificación fiscal.

En el área Encabezado de la reclamación del envío se muestra la información pertinente a toda la reclamación. Entre ellas se incluyen las siguientes:

- Nombre del miembro
- ID
- Fecha de nacimiento
- Número de cuenta
- Identificación de la autorización, si se obtuvo.
- Nombre del proveedor
- Estado de una reclamación.
- Número de reclamación
- Monto del reembolso, si corresponde.
- Los Totales de la reclamación son los totales de los montos indicados para cada producto de la línea de esa reclamación.
- En el área Código/descripción se enumeran los mensajes de procesamiento de la reclamación.
- Los Totales de envío son los montos totales de todas las reclamaciones procesadas durante este ciclo de pago.
- El mensaje que figura al final de la misión contiene información sobre la solicitud de reclamaciones y la nueva presentación, así como información sobre los derechos quejas.

Se puede obtener una versión electrónica del Aviso de envío de pagos. Para calificar para el Aviso de envío de pagos electrónicos (ERA), debe presentar reclamaciones a través de presentaciones mediante Intercambio Electrónico de Datos (EDI) y recibir el pago por la reclamación mediante Transferencia Electrónica de Fondos (EFT). También debe tener la capacidad de recibir el ERA a través de archivos 835. Alentamos a nuestros proveedores a que aprovechen los sistemas EDI, EFT y ERA, ya que reducen el tiempo de respuesta para que usted reciba el pago y concilie sus cuentas pendientes. Póngase en contacto con nuestro Departamento de Experiencia para Proveedores para obtener ayuda con este proceso.

Información sobre pagos completos

El pago de OhioRISE por cualquier servicio cubierto constituye el pago en su totalidad y OhioRISE se asegurará de que sus subcontratistas no cobren a los miembros, sus cuidadores ni al ODM ningún copago adicional, costo compartido, pago inicial o cargo similar, reembolsable o de otro tipo.

Pago de reclamaciones

Procesamos las reclamaciones y notificamos a los proveedores los resultados mediante el aviso de envío de pagos. Los proveedores pueden optar por recibir cheques por correo o electrónicamente. Alentamos a los proveedores a que aprovechen la recepción de avisos de envío de pagos electrónicos (ERA), que se reciben mucho antes que los avisos de envío de pagos recibidos por correo, lo que le permite registrar los pagos antes.

Todas las reclamaciones de cuidado administrado presentadas por los socios comerciales deben enviarse al nuevo intercambio electrónico de datos (EDI), pasar por el FI y, a continuación, dirigirse a las entidades de cuidado administrado (MCE) seleccionadas para su procesamiento y pago. Los proveedores que presenten reclamaciones de cuidado administrado a través de la entrada directa de datos (DDE) lo harán a través del portal de cuidado administrado correspondiente. Aetna llevará a cabo la adjudicación habitual de la reclamación.

A través de la transferencia electrónica de fondos (EFT), los proveedores pueden dirigir los fondos a una cuenta bancaria designada. Se recomienda aprovechar la opción de EFT, ya que permite que los fondos se depositen directamente en su cuenta bancaria, lo que acelera la recepción del pago en comparación con el cheque enviado por correo. El pago del plan OhioRISE se emitirá en un cheque por separado.

Aetna Better Health of Ohio se asoció con ECHO (**https://enrollments.echohealthinc.com/EFTERADirect/AetnaBetterHealth**) para presentar los nuevos servicios de registro de EFT (EERS), una forma mejor y más optimizada para que nuestros proveedores accedan a los servicios de pago. EERS ofrecerá un método estandarizado de pago electrónico, además de agilizar el proceso de inscripción y verificación del beneficiario. Los proveedores podrán usar la herramienta de Change Healthcare para gestionar EFT con múltiples pagadores desde una sola plataforma.

EERS ofrecerá a los beneficiarios múltiples formas de configurar EFT para recibir transacciones de múltiples pagadores. Si el número de identificación fiscal (TIN) de un proveedor está activo en varios estados, un solo registro inscribirá automáticamente al beneficiario para varios pagadores. El registro también se puede completar utilizando un identificador de proveedor nacional (NPI) para el pago en varias cuentas.

Proceso y requisitos para la apelación de reclamaciones denegadas: Proceso de disputa de reclamaciones de proveedores

Nueva presentación de reclamaciones

Los proveedores no participantes tienen 365 días a partir de la fecha del servicio para volver a presentar una versión revisada de una reclamación procesada. Los proveedores participantes deben consultar su contrato para conocer los plazos oportunos de presentación y nueva presentación. La revisión y el reprocesamiento de una reclamación no se consideran una reconsideración ni una disputa sobre la reclamación.

Los proveedores pueden volver a presentar una reclamación con las siguientes características:

- Que haya sido originalmente denegada por falta de documentación, codificación incorrecta, etc.
- Que haya sido pagada o denegada incorrectamente debido a errores en el procesamiento.

Las nuevas presentaciones deben enviarse electrónicamente con un código de frecuencia de 7 u 8.

Sección X: Presentación de informes

Registros médicos de los miembros: La documentación, la legibilidad, la confidencialidad, el mantenimiento y las normas de acceso del Plan OhioRISE para los registros médicos de los miembros; derecho del miembro a enmendar o corregir el registro médico de acuerdo con la norma 5160-26-05.1 del OAC.

Revisión de registros médicos

Nuestras normas para los registros médicos se adoptaron de la NCQA y de la Iniciativa de Reforma de Garantía de Calidad del Cuidado Administrado de Medicaid (QARI). Estas representan las normas mínimas aceptables dentro de nuestra red de proveedores. A continuación, se muestra una lista de nuestros criterios de revisión de registros médicos. Se exige una organización y documentación coherentes en los registros médicos de los pacientes como parte de nuestras iniciativas de Administración de Calidad, a fin de preservar la continuidad y prestar una atención eficaz y de calidad.

Los registros de los proveedores deben mantenerse de una manera legible, actualizada, organizada y detallada que permita una atención eficaz al paciente y una revisión de calidad. Los proveedores deben poner a disposición, de manera inmediata y completa, los expedientes relacionados con los miembros de Aetna Better Health of Ohio para revisión por parte del Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) o de funcionarios federales en el lugar de trabajo del proveedor, o remitir copias de dichos registros al ODM previa solicitud escrita y sin costo.

Los registros médicos deben reflejar los distintos aspectos de la atención al paciente, incluidos los servicios auxiliares. El registro médico del miembro debe ser legible, estar organizado de manera coherente y debe ser confidencial y accesible solo para las personas autorizadas. Además, debe cumplir con la norma 5160-26-05.1 del Código Administrativo de Ohio.

Todos los registros médicos, cuando corresponda y sean requeridos por las agencias reguladoras, deben estar disponibles electrónicamente. Todos los proveedores deben cumplir con las normas nacionales de documentación de registros médicos. A continuación, se detallan los requisitos mínimos de documentación y coordinación de los registros médicos:

- Información de identificación del miembro en cada página del registro médico.
- Documentación de datos demográficos de identificación, incluido el nombre, la dirección, el número de teléfono, el empleador, el número de identificación del miembro, el sexo, la edad, la fecha de nacimiento, el estado civil, el pariente más cercano y, si corresponde, el tutor o representante autorizado.
- Cumplir con todas las leyes y regulaciones aplicables relacionadas con la confidencialidad de los registros médicos de los miembros, lo que incluye, entre otros, obtener los consentimientos por escrito requeridos de los miembros para divulgar registros médicos confidenciales para revisiones de reclamos y apelaciones.
- Resúmenes de alta hospitalaria. (Los resúmenes de alta se incluyen como parte del registro médico para (1) las internaciones en hospital que ocurren mientras el paciente está inscrito en Aetna Better Health of Ohio y (2) las internaciones previas, según sea necesario).
- Historial de salud mental/uso de sustancias (MH/SA), así como remisiones y servicios relacionados, si corresponde, incluidas notificaciones a proveedores de MH/SA, si se conocen, cuando el estado de salud del miembro cambia o se le recetan nuevos medicamentos.

- Documentación sobre si un miembro adulto ha completado las instrucciones anticipadas y la ubicación del documento. (Las instrucciones anticipadas incluyen el Testamento vital y las Preferencias de declaración de tratamiento de salud mental, y son instrucciones escritas relacionadas con la prestación de atención médica cuando la persona está incapacitada).
- Documentación relacionada con las solicitudes de divulgación de información y divulgaciones posteriores.
- Documentación que demuestre que se transmitió al médico tratante y a otros proveedores, incluidos los proveedores MH/SA, según corresponda, la información sobre diagnóstico, tratamiento y disposición relacionada con un miembro específico, con el fin de promover la continuidad de la atención y la administración de la calidad de la atención médica del miembro.
- Inscripciones: Las inscripciones estarán firmadas y fechadas por el proveedor autorizado responsable. El proveedor autorizado responsable debe refrendar la atención prestada por el personal auxiliar. Las alteraciones del registro serán firmadas y fechadas.
- Identificación del proveedor: las entradas se identifican como autor.
- Legibilidad: Una vez más, el registro debe ser legible para alguien que no sea el escritor. Un segundo revisor debe evaluar cualquier registro que un médico revisor considere ilegible.

Normas de registros médicos

Los registros médicos deben reflejar todos los aspectos de la atención al paciente, incluidos los servicios auxiliares. Los proveedores participantes y otros profesionales de salud deben acordar mantener los registros médicos de manera actualizada, detallada, organizada y completa de acuerdo con la práctica médica habitual, las leyes aplicables y las normas de acreditación. Los registros médicos deben reflejar todos los aspectos de la atención al paciente, incluidos los servicios auxiliares. En el Capítulo 4 de este manual, se puede encontrar información detallada sobre las Normas de registros médicos.

Registros médicos

Las instrucciones anticipadas deben mostrarse de manera prominente en el registro médico del paciente adulto. Los requisitos incluyen los siguientes:

- Proporcionar al paciente adulto información por escrito sobre sus derechos, conforme a la legislación estatal, para tomar decisiones relacionadas con su atención médica, así como sobre las políticas escritas del proveedor en cuanto a las instrucciones anticipadas (incluidas posibles objeciones de conciencia).
- Documentar, en el registro médico del miembro, si al paciente adulto se le ha proporcionado la información y si se ha ejecutado una instrucción anticipada.
- No discriminar a un miembro por su decisión de firmar o no firmar una instrucción anticipada, ni establecerlo como condición para recibir atención médica.
- Educar al personal sobre temas relacionados con las instrucciones anticipadas, así como comunicar los deseos del miembro al personal que lo atiende en hospitales u otras instalaciones.
- Educar a los pacientes sobre las instrucciones anticipadas.

Para obtener información adicional sobre los requisitos de los registros médicos, visite el Capítulo 10 de este manual.

Como requisito previo para la participación o la participación continua en nuestra red, todos los

proveedores deben mantener políticas de instrucciones anticipadas y ponerlas a disposición de Aetna Better Health of Ohio cuando lo soliciten.

Políticas y procedimientos del plan OhioRISE en respuesta a servicios de atención médica no prestados, inapropiados o deficientes

Aetna Better Health of Ohio cuenta con un Programa contra el fraude, el uso indebido y el abuso (FWA) agresivo y proactivo que cumple con las regulaciones estatales y federales. Nuestro programa se enfoca en áreas de fraude y abuso relacionados con la atención médica, incluido el fraude interno, el fraude de procesamiento electrónico de datos y el fraude externo. Nuestra Unidad de Investigaciones Especiales (SIU) es un elemento clave del programa. La SIU detecta, investiga y reporta cualquier caso sospechoso o confirmado de fraude, uso indebido o abuso a las agencias estatales y federales correspondientes según lo dispuesto por la norma 5160-26-06 del Código Administrativo de Ohio. Durante el proceso de investigación, se mantiene la confidencialidad del paciente o de las personas que remiten el posible caso de fraude y abuso.

Utilizamos una variedad de mecanismos para detectar posibles fraudes, usos indebidos y abusos. Todas las funciones clave, incluidas las reclamaciones, la experiencia del proveedor, el Departamento de Servicios para Miembros, la administración médica, así como los proveedores y los miembros, comparten la responsabilidad de detectar y denunciar el fraude. Nuestros mecanismos de revisión incluyen auditorías, revisión de patrones de servicio de proveedores, informes de línea directa, revisión de reclamaciones, validación de datos y análisis de datos.

Unidad de Investigaciones Especiales (SIU)

Nuestra Unidad de Investigaciones Especiales (SIU) lleva a cabo un monitoreo proactivo para detectar posibles fraudes, usos indebidos y abusos, y es responsable de investigar los casos de presunto fraude, uso indebido y abuso. Con un personal total de más de 100 personas, la SIU está compuesta por investigadores experimentados a tiempo completo; analistas de fraudes de campo (reclamaciones); una organización dedicada a la tecnología de la información a tiempo completo; y el apoyo al personal administrativo y de gestión.

La SIU tiene una línea directa nacional gratuita contra el fraude para los proveedores que puedan tener preguntas, buscar información o querer denunciar posibles fraudes, usos indebidos o abusos. El número es **1-800-338-6361**. La línea directa ha sido reconocida como una herramienta eficaz, y alentamos a los proveedores y contratistas a utilizarla.

Para lograr los objetivos de integridad de su programa, la SIU cuenta con tecnología y sistemas de última generación, capaces de supervisar el enorme volumen de datos de reclamaciones de Aetna en todas las líneas de productos de salud. Para ayudar a prevenir el fraude, utiliza software avanzado de inteligencia empresarial que permite identificar a los proveedores cuyos perfiles de facturación, tratamiento o datos demográficos de los miembros difieren significativamente de los de sus pares. Si identifica un caso de sospecha de fraude, los profesionales de Tecnología de la Información e investigadores de la SIU colaboran estrechamente, tanto internamente con el Departamento de Cumplimiento como externamente con las fuerzas del orden, según corresponda, para realizar análisis en profundidad de los datos relacionados con el caso.

Cómo informar afecciones prevenibles causadas por proveedores (PPC)/ afecciones adquiridas en el hospital (HAC)

No se permite el uso de los fondos de Medicaid para ninguna afección prevenible causada por el proveedor (PPC). Aetna Better Health of Ohio es responsable de garantizar que la prohibición no

afecte negativamente la pérdida de acceso a la atención o los servicios de un miembro. Además, se requiere la presentación de informes al ODM de todos los PPC, independientemente del motivo del evento.

Informe de incidentes

Se requiere que los proveedores garanticen la salud y la seguridad inmediatas de los miembros cuando se enteren de abuso, negligencia, explotación, apropiación indebida de más de $500 y muertes accidentales/no naturales. Ejemplos de acciones que los proveedores pueden tomar para garantizar la salud y seguridad inmediatas del miembro incluyen llamar a la policía o a los servicios médicos de emergencia (EMS), informar a los Servicios de Protección para Adultos del Condado (APS), a la Agencia Pública de Servicios Infantiles del Condado (PCSA) o a las agencias reguladoras como el Departamento de Salud de Ohio. Los proveedores están obligados a reportar este tipo de incidentes al plan OhioRISE dentro de las 24 horas posteriores al conocimiento del incidente.

Información que se debe reportar

Al reportar el incidente, debe estar preparado para proporcionar la siguiente información, si corresponde:

- La identidad de la persona que realiza la denuncia y dónde puede encontrarse.
- El nombre y la dirección del centro de atención médica.
- Los nombres del operador y administrador del centro, si se conocen.
- El nombre de la persona que presuntamente cometió abuso físico, maltrato o negligencia, si se conoce.
- La naturaleza y el alcance del abuso físico, el maltrato o la negligencia.
- La fecha, la hora y la ubicación específica del suceso.
- Los nombres de los familiares más cercanos o patrocinadores de la persona afectada por el presunto abuso físico, maltrato o negligencia, si se conocen.
- Cualquier otra información que la persona que realiza la denuncia considere útil para facilitar la investigación del incidente.

Parte informante	Plazos sugeridos para la presentación de informes	Agencia	Agencia adicional

Niños y jóvenes de 21 años o menos)	De inmediato si está en peligro	Comuníquese al **855- OHCHILD (855-642-4453)** a través del Departamento de Niños y Niños y Jóvenes. Un directorio telefónico automatizado conectará a la persona que llama directamente con una oficina de bienestar infantil o de las fuerzas del orden en su condado. Los informes pueden ser anónimos. **https:// childrenandyouth.ohio.gov / help-center/child-safetyconcerns/ child-safety-concerns**	Departamento de Policía local (**911**)
Todos los demás	Dentro de las 24 horas	Si el incidente o los hechos que dan lugar a la sospecha razonable no resultan en lesiones corporales graves para un residente, la persona cubierta deberá informar la sospecha a más tardar dentro de las 24 horas posteriores a haberla formulado. (Sección 1150B de la Ley del Seguro Social) Línea directa del Departamento de Salud de Ohio (ODH) **800-342-0553**	N/C
Violencia doméstica	N/C	El estado de Ohio requiere que los proveedores de atención médica manejen los informes de violencia doméstica de una manera específica. Si la víctima presenta lesiones de nivel de delito grave, como heridas de bala, apuñalamientos, quemaduras de segundo o tercer grado u otras lesiones graves, los trabajadores de atención médica que brindan ayuda a estas víctimas deben informar estas lesiones a la policía. Para obtener más información sobre los informes, visite el siguiente sitio web: **familysafetyandhealing.org/ site/as sets/files/1404/odvn_ protocol.pdf**	N/C

Sección XI: Programa de cuidado administrado de próxima generación

Programa de cuidado administrado de Medicaid

El Programa de cuidado administrado de próxima generación de Medicaid de Ohio promueve muchos de los objetivos a través del enfoque de salud de la población del Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) para lograr resultados óptimos para el bienestar integral de las personas que reciben Medicaid. El cuidado administrado de Medicaid brinda beneficios de atención médica para las personas inscritas en el programa Medicaid de Ohio. En Ohio, la mayoría de las personas que han sido aprobadas para Medicaid son automáticamente elegibles para el plan de cuidado administrado de Medicaid. Los niños y jóvenes de 20 años o menos pueden inscribirse en un plan de cuidado administrado para su salud física, así como en OhioRISE para sus necesidades de salud conductual. Una vez inscrito en un plan de cuidado administrado, el plan envía una tarjeta de identificación de miembro permanente para usar cuando busque servicios de los proveedores. La tarjeta de identificación indicará la inscripción en OhioRISE si la persona está inscrita en ambos programas.

Hay información adicional sobre la elegibilidad para el cuidado administrado, la inscripción y los servicios cubiertos disponible en el capítulo 5160-26 del Código Administrativo de Ohio. La información para que los proveedores determinen a qué entidad presentar reclamaciones se encuentra en la Guía de Inscripción y Facturación de Proveedores de OhioRISE y el Protocolo de Servicios Mixtos de OhioRISE en el sitio web de OhioRISE

https://dam.assets.ohio.gov/image/upload/v1743449666/managedcare.medicaid.ohio.gov/Ohi oRISE/OhioRISE_Mixed_Services_Protocol_20250401.pdf

Administrador de beneficios de farmacia única (SPBM)

El Administrador de beneficios de farmacia única (SPBM) es un programa especializado de atención administrada que opera como un Plan de Salud Ambulatorio Prepagado (PAHP) que brindará beneficios de farmacia para toda la población de cuidado administrado de Medicaid (excluyendo a los miembros de MyCare). ODM ha seleccionado a Gainwell Technologies para que actúe como SPBM. Un componente integral adicional del nuevo modelo de farmacia es el consultor de auditoría y precios de farmacia (PPAC), que lleva a cabo estudios de costos de adquisición reales, estudios de costos de dispensación y realiza la supervisión y auditoría del SPBM. ODM ha seleccionado a Myers and Stauffer LC como proveedor de PPAC.

El SPBM consolida el procesamiento de los beneficios de farmacia minorista y mantiene un sistema de reclamaciones de farmacia que se integrará con el Sistema Empresarial de Medicaid de Ohio (OMES), el plan OhioRISE, las farmacias y las personas autorizadas a dar recetas- El SPBM también colabora con las farmacias para asegurar el acceso de los miembros a los medicamentos, con el objetivo de respaldar las metas del ODM, que incluyen ofrecer más opciones de farmacias, reducir las restricciones fuera de la red y garantizar beneficios de farmacia coherentes para todos los miembros de planes de cuidado administrado. El SPBM también reduce la carga administrativa de proveedores y personas autorizadas a dar recetas, mediante el uso de un único conjunto de políticas clínicas y procedimientos de autorización previa, así como un único punto de contacto del programa de farmacia para todos los miembros.

Todos los miembros de cuidado administrado de Medicaid se inscribirán automáticamente en el SPBM. Además, Gainwell Technologies deberá contratar a todos los proveedores de farmacias inscritos que estén dispuestos a aceptar los términos del contrato de SPBM, lo que dará como

resultado una amplia red de farmacias que garantizará el acceso de todos los miembros en todo el estado.

El SPBM proporcionará cobertura para los medicamentos dispensados por los proveedores de farmacia contratados. Los medicamentos administrados por el proveedor que sean suministrados por proveedores no farmacéuticos (como hospitales, clínicas y consultorios médicos) seguirán estando cubiertos por el Plan OhioRISE, según corresponda.

Para obtener más información sobre el SPBM o las iniciativas de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA), envíe un correo electrónico a la siguiente dirección:

MedicaidSPBM@medicaid.ohio.gov o visite **https://spbm.medicaid.ohio.gov**