

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia
División de Servicios para Familias y Niños
Aviso de elegibilidad: Programa de Asistencia de Medicaid de Emergencias**

Información importante

Ha solicitado los beneficios de la Asistencia de Medicaid de Emergencia (EMA, en inglés). Si se determina que usted es elegible, recibirá una carta de aprobación que incluirá su certificación de Medicaid para las fechas en que se le concedió la cobertura de Medicaid para servicios de emergencia. Las fechas de certificación se determinaron durante el proceso de elegibilidad a partir de la información que proporcionó el médico que lo atendió. Es importante señalar que la determinación final de si un servicio médico se ajusta a la definición de atención de emergencia corresponde a Alliant Health Solutions (AHS, en inglés).

Los **servicios de emergencia** son aquellos que cumplen estas condiciones:

- son médicamente necesarios; y
- son necesarios debido a la aparición repentina de una afección médica con síntomas agudos (incluido el parto de urgencia); y
- en ausencia de atención médica inmediata, es razonablemente probable que provoquen al menos una de las siguientes situaciones:
 - pongan en grave peligro la salud de la persona; o
 - causen un deterioro grave de las funciones corporales; o
 - causen la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

A partir del 1.º de enero de 2006, solo se cubrirán los servicios que se ajusten plenamente a la definición federal de una afección médica de emergencia. No todos los servicios médicamente necesarios se ajustan a esta definición. Ciertos tipos de cuidados prestados a personas con enfermedades crónicas exceden el propósito de la ley federal y no se consideran servicios de emergencia. Dichos cuidados incluyen un nivel alternativo de atención en un hospital, servicios en un centro de enfermería, atención domiciliaria y cuidados personales.

Solo están cubiertos los servicios de emergencia que cumplan la definición federal de emergencia que establece AHS. No se abonarán los servicios prestados una vez que se establezca la condición de emergencia. Su proveedor puede facturarle servicios que no se consideren de emergencia.

Toda la información que he proporcionado es cierta y completa a mi leal saber.

Al firmar este formulario a continuación, reconozco que entiendo que es posible que el programa Medicaid solo pague aquellos reclamos que cumplan con la definición federal de emergencia, según lo determina Alliant Health Solutions.

Firma del solicitante

Fecha

Nombre en letra imprenta del solicitante