



Transición de los Cuidados de Salud - Medicaid

Línea(s) de negocios: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Medicare <input checked="" type="checkbox"/> Medicaid	Estado(s): <input type="checkbox"/> Idaho <input type="checkbox"/> Montana <input type="checkbox"/> Oregon <input type="checkbox"/> Washington <input type="checkbox"/> Otro: <input checked="" type="checkbox"/> Oregon <input type="checkbox"/> Washington
---	---

Política de Medicaid

Los lineamientos se elaboran en caso de ser necesario para proporcionar una orientación a los proveedores de servicios de salud y a los miembros del plan con el fin de definir y aclarar los criterios de cobertura de acuerdo con los términos de la póliza del miembro. Este lineamiento sólo aplica a PacificSource Health Plans, PacificSource Community Health Plans y PacificSource Community Solutions en Idaho, Montana, Oregon y Washington. Debido a los cambios constantes en el área de la medicina, esta lista está sujeta a revisión y actualización sin previo aviso. Este documento fue diseñado únicamente para propósitos informativos y no es una autorización ni un contrato. Las determinaciones de cobertura se realizan caso por caso y están sujetas a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza del miembro. Las pólizas de los miembros difieren en cuanto a beneficios y, en la medida en que exista un conflicto entre los lineamientos y la póliza del miembro, prevalecerá lo estipulado en la póliza del miembro. Los lineamientos no constituyen una asesoría médica ni garantizan la cobertura.

Antecedentes

La transición de los cuidados (TOC) es un proceso que garantiza la continuidad de los cuidados de salud para los miembros nuevos del plan, incluyendo a aquellos que se transfieran entre una Organización de Atención Coordinada (CCO) o el sistema tradicional de Pago por Servicio (FFS) y PacificSource Community Solutions (PCS). El proceso de la transición de los cuidados está diseñado para mejorar el acceso a los servicios médicos necesarios, garantizar la coordinación de la atención y mejorar la calidad los cuidados, según lo define la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) en las Reglas Administrativas de Oregon.

Procedimiento

I. Miembros que se transfieran de otra CCO/FFS a PCS

PCS cubrirá la transición de los cuidados inmediatamente después de que el miembro se dé de baja de otra CCO o de un sistema FFS. Ambos casos se considerarán como un plan predecesor. PCS, la CCO receptora, proporcionará los servicios cubiertos que sean médicamente necesarios y la coordinación de los cuidados sin demora durante la transición de los cuidados de cada miembro del plan de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables.

Los formularios de coordinación de los cuidados se incluirán en los documentos para nuevos miembros del plan a fin de que éstos puedan auto-identificar las posibles necesidades de transición de los cuidados. Se proporcionará la transición de los cuidados a todos los miembros especificados a

continuación que se estén transfiriendo desde una CCO o un FFS diferente. Esto incluye a los miembros que se incorporen a PCS y tengan necesidades médicas actuales, incluyendo a los miembros con una autorización de servicio previa que esté vigente o los miembros que reciban servicios de salud del comportamiento, entre otros. Los representantes de Servicio al Cliente de PCS enviarán una carta a estos miembros y les llamarán por teléfono para informarles sobre los servicios de administración de los cuidados que tienen a su disposición.

Como mínimo, PCS proporcionará apoyo con la transición de los cuidados a los miembros de las siguientes poblaciones prioritarias:

- Niños médicamente frágiles;
- Miembros del programa de tratamiento del cáncer de seno y del cuello uterino;
- Miembros que reciban CareAssist debido a un diagnóstico de VIH/SIDA;
- Miembros que reciban servicios debido a una enfermedad renal en etapa terminal, cuidados prenatales o de postparto y servicios de trasplante, radiación o quimioterapia;
- Cualquier miembro que, de no recibir un acceso continuo a los servicios, pudiera sufrir un perjuicio grave para su salud o correr el riesgo de necesitar atención en un hospital o una institución.

PCS se asegurará de que cualquier miembro anteriormente identificado tenga acceso a la continuación de los cuidados y al transporte médico para casos de no emergencia (NEMT).

El periodo de la transición de los cuidados comienza después de la fecha de entrada en vigor de la inscripción en PCS y continúa hasta (lo que ocurra primero):

- El proveedor de atención primaria (PCP) del nuevo miembro o el proveedor de servicios de salud dental o de salud del comportamiento (según aplique a los servicios médicos, dentales o de salud del comportamiento) revise el plan de tratamiento del miembro;
- Noventa (90) días en el caso de los miembros con doble elegibilidad para Medicaid y Medicare.
- En el caso de otros miembros (el que sea más breve de los siguientes):
 - Treinta (30) días para los servicios de salud física y dental;
 - Sesenta (60) días para los servicios de salud del comportamiento;
 - Hasta que el nuevo PCP del miembro (proveedor de servicios de salud dental o de salud del comportamiento, según aplique a los cuidados médicos o a los servicios de salud del comportamiento) revise el plan de tratamiento del miembro.

PCS permitirá que cualquier miembro que haya sido identificado para la transición de los cuidados siga recibiendo servicios de su proveedor anterior, incluyendo los proveedores fuera de la red, hasta que ocurra uno de los siguientes:

- Una vez que se haya completado el tratamiento prescrito mínimo o autorizado;
- Cuando el proveedor que revise el caso determine que el tratamiento ya no es médicamente necesario. En el caso de los cuidados especializados, los planes de tratamiento serán revisados por un proveedor calificador.

PCS cubrirá todo el curso del tratamiento con el proveedor anterior del miembro en el caso de:

- Cuidados prenatales y posparto;
- Servicios de trasplante durante el primer año posterior al trasplante;
- Servicios de radiación o quimioterapia para el curso de tratamiento actual;
- Medicamentos de prescripción con un curso de tratamiento mínimo definido que exceda el periodo de continuidad de los cuidados.

PCS reembolsará a los proveedores fuera de la red tomando en cuenta una tarifa no menor a aquella del sistema de pago por servicio (FFS) de Medicaid. PCS es responsable de dichos servicios, incluyendo aquellos que sean proporcionados fuera del estado, cuando los servicios no puedan proporcionarse de acuerdo con las normas reglamentarias de acceso oportuno a los cuidados.

PCS no está obligado a pagar la hospitalización o los cuidados prolongados posteriores a la hospitalización que una CCO o un subcontratista anterior tenga la responsabilidad de proporcionar por contrato.

Nota: Esto no aplica a todas las hospitalizaciones y sólo aplica a aquellas hospitalizaciones definidas como una “estancia continua en el hospital” de acuerdo con la regla OAR 410-141-3500(19).

PCS obtendrá de las siguientes personas/organizaciones la documentación escrita que sea necesaria para facilitar el acceso continuo a los cuidados:

- Los servicios clínicos de la División para los miembros que se transfieran desde un sistema FFS;
- Otras CCO;
- Proveedores de salud anteriores, con el consentimiento del miembro cuando sea necesario.

Una vez que termine el periodo de transición de los cuidados, la CCO receptora será responsable de las actividades de coordinación de los cuidados y la planeación del alta. La CCO está obligada a aprobar las reclamaciones para las cuales no haya recibido la documentación por escrito durante el periodo de la transición de los cuidados, como si los servicios hubieran sido previamente autorizados.

PCS implementará recursos para la transmisión segura de los datos de los miembros que se transfieran a PCS dentro de los plazos prescritos por la OHA (datos históricos de utilización completos dentro de un plazo de siete (7) días calendario a partir de la fecha de entrada en vigor de la transferencia del miembro). Estos datos se proporcionarán en un formato conforme a la ley HIPAA para facilitar la transición de los cuidados y deberán incluir los siguientes elementos como mínimo:

- Autorizaciones previas vigentes y órdenes preexistentes;
- Autorizaciones previas para cualquier servicio proporcionado en los últimos 5 años;
- Servicios de salud del comportamiento que actualmente estén siendo proporcionados;
- Una lista de todos medicamentos de prescripción activos;
- Diagnósticos ICD-10 actuales.

Se solicitará información a la CCO o al FFS del cual provenga el miembro, según sea necesario. PCS también podrá ponerse en contacto directamente con los miembros en caso de ser necesario.

En el caso de los miembros identificados para la transición de los cuidados, PCS respetará cualquier documentación escrita relacionada con una autorización previa de servicios cubiertos en curso del plan anterior durante el periodo de la transición, como se ha indicado anteriormente. PCS no demorará la autorización de los servicios en curso si la autorización previa del plan anterior no está disponible a tiempo. PCS aprobará las reclamaciones para las cuales no haya recibido la documentación por escrito durante el periodo de la transición, como si los servicios hubieran sido autorizados y suponiendo que dichos servicios sean beneficios cubiertos por el plan.

El miembro recibirá una notificación por escrito en caso de que PCS no autorice o reduzca los servicios que fueron previamente autorizados por el plan anterior. La notificación por escrito deberá incluir cualquier decisión de denegación de una solicitud de autorización de servicio, o bien, la cantidad, duración o alcance que sea menor a lo solicitado o cuando se reduzca una autorización de servicio previamente autorizada. La notificación deberá cumplir con los requisitos reglamentarios.

II. Continuidad de los cuidados

PCS puede hacer excepciones de continuidad de los cuidados fuera del plazo de la transición de los cuidados en caso de que esto sea en el mejor interés clínico del miembro.

III. Miembros que se transfieran de PCS a otra CCO/FFS

A los miembros que se transfieran de PCS a una nueva CCO se les proporcionará la siguiente información en un plazo de siete (7) días a partir de la solicitud. Estos datos se proporcionarán en un formato seguro y conforme a la ley HIPAA para facilitar la transición de los cuidados e incluirán información sobre servicios de salud física, dental y del comportamiento, así como servicios de transporte. PCS proporcionará los siguientes elementos como mínimo:

- Autorizaciones previas vigentes y órdenes preexistentes;
- Autorizaciones previas para cualquier servicio proporcionado en los últimos 5 años;
- Servicios de salud del comportamiento que actualmente estén siendo proporcionados;
- Una lista de todos medicamentos de prescripción activos;
- Diagnóstico ICD-10 actual.

PCS colaborará con las demás CCO para establecer relaciones de trabajo y acuerdos por escrito que faciliten la transferencia de los cuidados. PCS también identificará a los contactos para enviar y recibir los datos de los miembros con el fin de garantizar que se proporcione información adecuada a la nueva CCO para coordinar adecuadamente los cuidados del miembro. Si una CCO receptora solicita información adicional sobre un miembro, ya sea verbalmente o por escrito, el equipo de Administración de los Cuidados de PCS se pondrá en contacto con la CCO receptora, así como con el miembro y sus proveedores de servicios de salud, si es necesario. Además, se elaborarán reportes para identificar a los miembros que vayan a darse de baja de la CCO de PCS y que requieran una coordinación de los cuidados. En el caso de los miembros que tengan necesidades de atención complejas, incluyendo los grupos priorizados por la OHA o aquellos que estén recibiendo activamente servicios de administración de los cuidados por parte de PCS, el equipo de administración de los cuidados se pondrá en contacto con la CCO receptora, así como con el miembro y sus proveedores de servicios de salud, si es necesario. El objetivo de esto es asegurar que la transición de los cuidados del miembro se realice sin problemas.

Definiciones

Estancia continua en un hospital – Un periodo de tiempo ininterrumpido que un miembro pase como paciente interno, sin importar si ocurre un cambio en la especialidad asignada o en el hospital/centro durante la estancia. Esto incluye el traslado al alta a otro centro de hospitalización, ya sea dentro o fuera del estado, como otro hospital de cuidados agudos, hospital psiquiátrico de cuidados agudos, centro de enfermería especializada, centro residencial de tratamiento psiquiátrico (PRTF) u otro centro residencial de cuidados y servicios para pacientes internos.

Políticas relacionadas

Administración de los Cuidados de Medicaid (Coordinación de los Cuidados)

Manual de Administración del Uso/Autorización de Servicios de Medicaid - PacificSource Community Solutions

Referencias

42 CFR Subparte B - Responsabilidades del Estado §438.62.

Reglas Administrativas de Oregon (OARs): 410-141-3500(19), 410-141-3515, 410-141-3850, 410-141-3860, 410-141-3870 y OAR 410-141-3885

Plan de Salud de Oregon, Contrato de Servicios del Plan de Salud. Contrato de la Organización de Atención Coordinada con PacificSource Community Solutions, Inc.

Apéndice

Número de póliza:

Vigencia: 8/1/2019

Siguiente revisión: 12/1/2024

Tipo de póliza: Gobierno

Autor(es): [Authors]

Departamentos: Servicios de Salud

Reglamento(s) aplicable(s): 42 CFR 438.62(b)(1)(vi)(A-B), OARs 410-141-3500(19), 410-141-3850, 410-141-3515, 410-141-3860, 410-141-3870 y 410-141-3885.

OPs del gobierno: 12/2023.