



## Transición de los Cuidados - Medicaid

<b>Línea(s) de negocios:</b> <input type="checkbox"/> Comercial  <input type="checkbox"/> Medicare  <input checked="" type="checkbox"/> Medicaid	<b>Estado(s):</b> <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

PacificSource se compromete a evaluar y aplicar las normas reguladoras actuales, los lineamientos de tratamiento de uso generalizado y la literatura clínica basada en evidencias al desarrollar criterios clínicos para la determinación de la cobertura. Cada política contiene una lista de referencias (fuentes) que sirve de resumen de las evidencias utilizadas en el desarrollo y la adopción de los criterios. Las evidencias se consideraron con el fin de garantizar que los criterios proporcionen beneficios clínicos que promuevan la seguridad de los pacientes y/o el acceso a una atención médica adecuada. Cada política clínica se revisa, se actualiza si es necesario y se vuelve a adoptar, al menos una vez al año, para reflejar los cambios en las normas, las nuevas evidencias y los avances en la atención médica.

Se desarrollan lineamientos cuando es necesario para orientar a los proveedores y miembros con el fin de describir y aclarar los criterios de cobertura de acuerdo con los términos de la póliza del miembro. Estos lineamientos solamente aplican a PacificSource Health Plans, PacificSource Community Health Plans y PacificSource Community Solutions en Idaho, Montana, Oregon y Washington. Debido a la naturaleza cambiante de la medicina, esta lista está sujeta a cambios y actualizaciones sin previo aviso. Este documento es para propósitos informativos solamente y no constituye una autorización ni un contrato. La determinación de la cobertura se realiza caso por caso y está sujeta a los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de la póliza del miembro. Las pólizas de los miembros difieren en beneficios, por lo que en la medida en que haya un conflicto entre los lineamientos y la póliza del miembro, prevalecerá lo dispuesto en la póliza del miembro. Los lineamientos no constituyen una asesoría médica ni una garantía de 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 transicionen 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 los cuidados y mejorar la calidad los cuidados, según lo define la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) en las Reglas Administrativas de Oregon y en el código 42 CFR §438.62(b).

### 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 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 (MFC)
- 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 o se haya completado el curso de tratamiento prescrito y autorizado.

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 evaluados por un proveedor calificador

PCS cubrirá todo el curso del tratamiento con el proveedor anterior del miembro en las siguientes situaciones específicas del periodo de transición de los cuidados:

- 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 de acuerdo con lo dispuesto en la regla OAR 410-120-1295, 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 de acuerdo con lo dispuesto en las reglas OAR 410-141-3500, 410-141-3710 y 410-141-3805.

**Nota:** Esto no aplica a todas las hospitalizaciones, sino solamente a aquellas hospitalizaciones definidas como "hospitalización continua" según la regla OAR 410-141-3500(23).

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 según se describe en las reglas OAR 410-141-3860 y 410-141-3870.

PCS 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

---

**Acceso continuo a los servicios** - poner a disposición del miembro servicios, recetas y una cobertura de medicamentos de prescripción según el acceso que tenía anteriormente.

**Hospitalización continua** - un período de tiempo ininterrumpido que un miembro pase como paciente hospitalizado, sin importar si han habido cambios en la especialidad asignada o en el centro médico durante la hospitalización. Esto incluye la transferencia del alta a otro centro de hospitalización, ya sea dentro o fuera del estado, como por ejemplo otro hospital de cuidados agudos, hospital psiquiátrico de cuidados agudos, centro de enfermería especializada, centro de tratamiento residencial psiquiátrico (PRTF) u otro centro residencial para cuidados y servicios de hospitalización.

## 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 (OAR): 410-141-3500(23), 410-141-3515, 410-141-3850, 410-141-3860, 410-141-3870 y 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: 1/1/2026

Tipo de póliza: Gobierno

Autor(es):

Departamentos: Servicios de Salud

Reglamento(s) aplicable(s): 42 CFR 438.62(b), OARs 410-141-3500(23), 410-141-3850, 410-141-3515, 410-141-3860, 410-141-3870 y 410-141-3885.

OPs del gobierno: 12/2024