



Documento de políticas sobre la
atención médica administrada de Medicaid

Política de transición de la atención médica

Departamento de Salud y Servicios
Humanos de Carolina del Norte

25 de febrero de 2021

Política de transición de la atención médica del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte

I. Antecedentes

Mientras los beneficiarios pasan de un sistema de prestaciones a otro, e incluso de un plan de salud a otro, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Departamento o DHHS) pretende mantener la continuidad de la atención médica para cada Miembro y minimizar la carga en los proveedores durante la transición.

-Declaración de intenciones publicada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte en relación con las Transiciones de la atención médica.

La transición de un beneficiario de Medicaid entre un sistema de prestación de servicios y otro, e incluso entre un plan de salud y otro, plantea desafíos únicos para garantizar la continuidad del servicio y la coordinación efectiva entre las entidades responsables. Las actividades de Transición de la atención médica (Transition of Care, TOC) aplicables al programa de atención médica administrada de Medicaid de Carolina del Norte se rigen por requisitos regulatorios y legales.¹ El Departamento estableció sus requisitos de TOC para el Plan estándar de “Planes de salud prepagos” (Prepaid Health Plans, PHP) en su *Solicitud de propuesta 30-190029-DHB*. La Política del DHHS de Carolina del Norte en materia de transición de la atención médica está en consonancia con los requisitos establecidos en la *Solicitud de propuesta 30-190029-DHB* y sus modificaciones posteriores, y *complementa dichos requisitos*.

II. Alcance

Si bien otras entidades pueden trabajar con requisitos comparables, el alcance de esta Política se limita a los requisitos de la Transición de la atención médica para los Planes de salud prepagos de la atención médica administrada de Medicaid. En consecuencia, se hace referencia a los beneficiarios de Medicaid como “Miembros”.

Además, el Departamento publicará Protocolos de desafiliación para aclarar aún más los requisitos y los procesos a los que se hace referencia en esta Política.

¹ Consultar la sección Legislación relevante de esta Política

Ninguna disposición de esta Política se interpretará como una limitación, modificación o reducción de los requisitos establecidos en los contratos del PHP del Plan estándar. Cualquier conflicto entre esta política y un contrato de Plan estándar se determinará a favor del contrato.

Si bien los PHP tienen autoridad para delegar actividades en virtud de esta Política a Centros de atención médica avanzada/Organizaciones de red integradas clínicamente de Nivel 3, los PHP siguen siendo responsables de supervisar el cumplimiento de los requisitos de la transición de la atención médica por parte de las entidades delegadas.

Esta Política rige las prácticas de los PHP en relación con la Transición de la atención médica y abarca cuatro temas generales:

- *Transición de la atención médica en el Lanzamiento de atención médica administrada (“Traspaso”)*
El “Traspaso” hace referencia a la conversión del Departamento a un sistema de prestación de atención médica administrada. La transición de la atención médica en los requisitos específicos del Traspaso está limitada en el tiempo y se establece en el Apéndice A de esta Política.
- *Transición de la atención médica en curso*
Los procesos relacionados con el apoyo a los Miembros para hacer la transición entre PHP o entre los sistemas de prestación de servicios, incluida la desafiliación.
- *Requisitos preliminares para ayudar a los Miembros de PHP del Plan estándar que pueden ser elegibles para Planes a medida.*
Estos requisitos preliminares se incluyen en el Apéndice B de esta Política.
- *Requisitos de la administración de la atención médica durante la transición*

III. Declaración de política

A. Requisitos generales de la transición de la atención médica

1. Los PHP desarrollarán políticas, procesos y procedimientos para apoyar a los Miembros en la transición entre los PHP o entre los sistemas de prestación.
2. Los PHP identificarán a los Miembros que se afilien o desafilien, según lo definido en la Política de afiliación a la atención médica administrada, en el marco de la transición de un PHP o a otro PHP, Medicaid de Pago por servicio/entidad de gestión local/organización de atención médica administrada (Local Management Entity/Managed Care Organization, LME/MCO) o la Opción Tribal.
3. Para todos los Miembros que hacen la transición de un PHP, el PHP transferirá la información necesaria para garantizar la continuidad de la atención médica, lo que incluye los archivos de datos adecuados de la Transición de la atención médica y la información socioclínica específica del Miembro.
 - a) El PHP facilitará la transferencia del historial de reclamaciones/encuentros del Miembro y de los datos de Autorización previa entre los PHP y a otros

asociados comerciales autorizados del Departamento siguiendo los protocolos de transferencia de datos establecidos por el Departamento y de conformidad con los requisitos contractuales y de privacidad y seguridad relacionados.

b) La información socioclínica específica del Miembro transferida también se denomina archivo de transición del Miembro. El contenido del archivo de transición del Miembro puede variar en función de las circunstancias del Miembro, pero deberá incluir como mínimo lo siguiente:

- (1) El último examen de las necesidades de atención médica más recientes del Miembro en transición;
- (2) El plan de atención médica más reciente del Miembro en transición (para los Miembros con atención médica administrada en transición y los Miembros que se desafían de la Opción de Plan estándar, si está disponible);
- (3) Una lista de todas las notificaciones de determinación adversa de beneficios abiertas cuyo plazo de apelación aún no haya vencido y el estado de las apelaciones abiertas;
- (4) Un Resumen de la transición de la atención médica destinado a cada Miembro identificado para un traspaso “amable” y a todos los Miembros que se desafíen de la Opción del Plan estándar. Este resumen incluye, como mínimo:
 - (a) Una lista de los proveedores actuales;
 - (b) Una lista de los servicios autorizados actuales;
 - (c) Una lista de los medicamentos actuales;
 - (d) Diagnósticos activos;
 - (e) Alergias conocidas;
 - (f) Citas existentes o preprogramadas (incluido el transporte médico no urgente (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT), si se conoce;
 - (g) cualquier consideración urgente o especial sobre la situación de vida del Miembro, los apoyos para el cuidado, las preferencias de comunicación u otras dinámicas específicas del Miembro que impacten en la atención médica del Miembro y que puedan no ser fácilmente identificadas en otros documentos transferidos.
- (5) Información adicional necesaria para garantizar la continuidad de la atención médica.

4. A menos que se especifique lo contrario en esta Política o en los protocolos aplicables, el PHP seguirá los siguientes plazos relacionados con la transferencia de datos de transición y del contenido de los archivos de transición:

- a) En un plazo de cinco (5) días hábiles desde que el PHP reciba la notificación de que un Miembro va a desafiliarse, el PHP transferirá los archivos de datos de transición al PHP o a la entidad receptora correspondiente.
 - b) El PHP iniciará un traspaso “amable”, si es necesario o se justifica, y transferirá el archivo de transición del Miembro al PHP o entidad receptora correspondiente en un plazo adecuado a las circunstancias del Miembro, pero que no sea posterior a la fecha de transición del Miembro.
 - c) Si un PHP recibe la notificación de la afiliación de un Miembro en transición y no ha recibido el archivo de datos de transición aplicable o el archivo de transición del Miembro en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de notificación de transición, el PHP se pondrá en contacto con la entidad aplicable al día hábil siguiente para solicitar la información de transición necesaria
5. Una vez recibida la información pertinente del Miembro, el nuevo PHP del beneficiario se asegurará de que todos los datos, tal y como los define el Departamento, una vez recibidos, se transfieran al Centro de atención médica avanzada de Nivel 3 o al CIN del Miembro hasta 30 días calendario antes de la fecha de entrada en vigor y a más tardar 7 días hábiles desde la fecha de entrada en vigor de la cesión de PHP del Miembro.
 6. El PHP se asegurará de que cualquier Miembro que ingrese al PHP sea eximido por los proveedores de los costos de los servicios cubiertos médicamente necesarios, excepto por los costos compartidos aplicables.
 7. El PHP permitirá que un Miembro complete un período de autorización existente establecido por su anterior PHP, LME/MCO o entidad de Pago por servicio de Medicaid.
 8. El PHP asistirá al Miembro en la transición a un proveedor de la red al final del período de autorización si es necesario.
 9. El PHP, en los casos en los que un Miembro haga la transición a un PHP desde el sistema de Pago por servicio de Medicaid, otro PHP u otro tipo de cobertura de seguro de salud y el Miembro se encuentre en un curso de tratamiento continuo o tenga una afección especial continua, permitirá que el Miembro continúe viendo a su proveedor, independientemente del estado de la red del proveedor, de acuerdo con N.C. Gen. Stat. § 58-67-88(d)-(g).
 10. El PHP permitirá que las Miembros embarazadas sigan recibiendo servicios de su proveedor de tratamiento de salud del comportamiento, sin ningún tipo de autorización previa, hasta el nacimiento del niño, el fin del embarazo o la pérdida de elegibilidad
 11. El PHP asumirá la responsabilidad financiera de las reclamaciones de centros de hospitalización basados en grupos relacionados con el diagnóstico de un Miembro inscrito que sea admitido en un centro de hospitalización mientras esté cubierto por el PHP (o antes en el caso de un beneficiario que esté hospitalizado en su primer día de inscripción en el PHP si no existe un servicio

previo de atención médica administrada de Medicaid o una cobertura de Pago por servicio para pacientes hospitalizados) hasta la fecha de alta de dicho centro. La atención posterior al alta puede coordinarse antes del alta.

B. Requisitos de contenido de la Política de transición de la atención médica del PHP

1. El PHP establecerá una Política sobre la transición de la atención médica del PHP por escrito. La Política de transición de la atención médica del PHP incluirá, como mínimo, los requisitos de 42 C.F.R. § 438.62(b)(1), 42 C.F.R. § 438.208(b)(2)(ii), y los procesos y procedimientos para:
 - a. Coordinación de la atención médica a los Miembros que tienen una afección especial en curso;
 - b. Coordinación de los Miembros que hacen la transición de la modalidad de Pago por servicio de Medicaid al PHP;
 - c. Coordinación de los Miembros que hacen la transición de LME/MCO al PHP;
 - d. Coordinación de los Miembros que hacen la transición de la Opción Tribal al PHP;
 - e. Coordinación de los Miembros que hacen la transición del PHP a Medicaid de Pago por servicio, LME/MCO u opción tribal;
 - f. Coordinación de los Miembros que hacen la transición del PHP a otro PHP; Coordinación de los Miembros en el Programa de Gestión de Errores Innatos del Metabolismo (IEM), según se define en el Contrato del Plan Estándar en la Sección V.C.7. Programas de Prevención y Gestión de la Salud de la Población *de la Solicitud de Propuesta revisada y reformulada 30-190029-DHB*;
 - g. Coordinación de los servicios prestados en virtud de otras fuentes de cobertura, incluida la modalidad de Pago por servicio de Medicaid;
 - h. Notificación al Departamento de los Miembros que han tenido dos (2) o más visitas al servicio de urgencias por un problema psiquiátrico o dos (2) o más episodios utilizando los servicios de crisis de salud del comportamiento dentro de los dieciocho (18) meses anteriores, como se define en la Sección 4.(5) de la Ley de la Sesión 2015-245, y sus modificaciones por la Ley de la Sesión 2018-48;
 - i. Educar a los Miembros de una manera adecuada a la circunstancia y capacidad específicas del Miembro sobre los derechos previstos en esta Política y los procesos para mantener los servicios durante las transiciones de la atención médica;
 - j. Educar a la red de proveedores actual de un Miembro en transición sobre los cambios en los procesos de inscripción y reembolso de proveedores; y
 - k. Otros requisitos exigidos en esta Política.

C. Requisitos adicionales de la transición de la atención médica para los Miembros de atención médica administrada

1. La Política de transición de la atención médica del PHP integrará los procesos y procedimientos para gestionar la transición de un Miembro de atención médica administrada. Los procesos y procedimientos reflejarán las siguientes expectativas;
 - a. Coordinar un traspaso “amable”, sin demoras, si se considera necesario para la transferencia eficaz de conocimientos o para garantizar la continuidad de la atención médica del Miembro;
 - b. Promover la comunicación proactiva con la entidad receptora antes de la transición para coordinar la transferencia de la atención médica;
 - c. Establecer un protocolo de seguimiento para comunicarse con la entidad receptora después de la transición del Miembro para confirmar la recepción de la información transferida y para solucionar la dinámica que pueda haber resultado de la transición; y
 - d. Reconocer los requisitos específicos de la población en materia de administración de la atención médica, tal como se refleja en el contrato del Plan estándar (por ejemplo, LTSS) y como se indica en la Política de transición de la atención médica del DHHS de Carolina del Norte.

D. Requisitos adicionales para los Miembros que se desafilien de PHP a NC Medicaid Direct (lo que incluye LME/MCO) o la Opción Tribal

1. La Política de transición de la atención médica del PHP integrará procesos y procedimientos para apoyar a los Miembros que se desafilien a NC Medicaid Direct (lo que incluye LME/MCO) o a la Opción Tribal. Los procesos y procedimientos reflejarán los siguientes requisitos:
 - a. El cumplimiento de los Protocolos de desafiliación específicos de la población establecidos por el Departamento, que designan la entidad receptora apropiada de la población, proporcionan orientación adicional específica de la población para garantizar la continuidad de la atención médica y para ayudar al Miembro a través del proceso de desafiliación.
 - b. Comunicación proactiva con la entidad receptora y el Miembro, según sea necesario, para facilitar la continuidad de la atención médica. La comunicación incluye, pero no se limita a:
 - i. Coordinar un traspaso “amable” con la entidad receptora en los plazos establecidos en esta Política;
 - ii. Seguimiento posterior a la desafiliación con la entidad receptora para confirmar la recepción del archivo de transición y consultar sobre cuestiones relacionadas con la transición.
 - c. Coordinación con las entidades necesarias para garantizar la continuidad de la atención médica del Miembro tras la desafiliación, lo que incluye, entre otras cosas:

- i. Coordinación con las entidades de evaluación apropiadas, según corresponda, para garantizar que no se interrumpa la afiliación del Miembro en un servicio o programa comparable de Pago por servicio; y
- ii. Informar a los actuales proveedores de Medicaid del Miembro de la desafiliación prevista.

E. Requisitos de la transición de la atención médica con el cambio de proveedores

1. El PHP desarrollará políticas, procesos y procedimientos para apoyar a los Miembros en la transición entre proveedores cuando un proveedor sea dado de baja de la red del PHP.
2. En los casos en que un proveedor abandone la red de PHP por el vencimiento o la no renovación del contrato y el Miembro se encuentre en un curso de tratamiento continuo o tenga una afección especial continua, el PHP permitirá que el Miembro siga viendo a su proveedor, independientemente del estado de la red del proveedor, de acuerdo con N.C. Gen. Stat. § 58-67-88(d), (e), (f) y (g).
3. En los casos en los que un proveedor abandone la red del PHP por razones relacionadas con la calidad de la atención médica o la integridad del programa, el PHP notificará al Miembro de acuerdo con esta Sección y ayudará al Miembro en la transición a un proveedor apropiado de la red que pueda satisfacer las necesidades del Miembro.
4. Notificación al Miembro de la Terminación del Proveedor
 - a. El PHP proporcionará una notificación por escrito de la terminación de un proveedor de la red a todos los Miembros que hayan recibido servicios del proveedor cuyos servicios terminan dentro de los seis meses inmediatamente anteriores a la fecha de la notificación de terminación. 42 C.F.R. § 438.10(f)(1).
 - b. El PHP proporcionará la notificación por escrito de la terminación de un proveedor de la red a los Miembros dentro de los quince (15) días calendario de la terminación del proveedor, excepto si un proveedor cuyo servicios terminan es un centro de atención médica avanzada (Advanced Medical Home, AMH)/proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para un Miembro. 42 C.F.R. § 438.10(f)(1).
 - c. Si un proveedor cuyos servicios terminan es un AMH/PCP para un Miembro, el PHP notificará al Miembro dentro de los siete (7) días calendario lo siguiente:
 - (1) Procedimientos para seleccionar un AMH/PCP alternativo.
 - (2) Que el Miembro será asignado a un AMH/PCP si no selecciona activamente uno en un plazo de treinta (30) días calendario.
 - d. Si un proveedor cuyos servicios han terminado es un AMH/PCP para un Miembro, el PHP validará que el Miembro seleccione o sea asignado a un nuevo AMH/PCP dentro de los treinta (30) días calendario a partir

- de la fecha de notificación al Miembro y notificará al Miembro los procedimientos para seguir recibiendo atención médica del proveedor cuyos servicios han terminado y las limitaciones de la extensión.
- e. El PHP utilizará una notificación al Miembro consistente con el modelo de notificación al Miembro desarrollado por el Departamento para la notificación requerida por esta Sección. 42 C.F.R. §438.10(c)(4)(ii).
5. El PHP eximirá al Miembro de cualquier costo asociado con la transición entre proveedores, incluyendo la copia de registros médicos o planes de tratamiento.
 6. El PHP establecerá una Política de transición de la atención médica para proveedores por escrito. La Política de transición de la atención médica del Proveedor incluirá procesos y procedimientos para:
 - a. Coordinación de la atención médica a los Miembros que tienen una afección especial en curso;
 - b. Coordinación para los Miembros dados de alta de un entorno clínico de alto nivel;
 - c. Coordinación para los Miembros que acuden a un proveedor que sale de la red del PHP;
 - d. Coordinación para los Miembros que necesiten seleccionar un nuevo AMH/PCP después de la terminación de un proveedor; y
 - e. Otros requisitos definidos en esta Sección.

F. Administración de la atención médica durante la transición.

1. El PHP desarrollará políticas y procedimientos para la Administración de la atención médica durante la transición que sean coherentes con los requisitos y protocolos previstos o a los que se hace referencia en esta Política.
2. El PHP administrará las transiciones de la atención médica para los Miembros que hagan la transición de un PHP a otro o entre un sistema de prestación de pago a otro. Los administradores de la atención médica que ayuden a los Miembros a través de la transición o la posible transición entre PHP o entre sistemas de prestación de pago seguirán los requisitos y protocolos proporcionados o a los que se hace referencia en esta Política.
3. El PHP también administrará las transiciones de la atención médica (definidas como Transiciones de la atención médica) para todos los Miembros que pasen de un entorno clínico a otro para evitar readmisiones no planificadas o innecesarias, visitas al servicio de urgencias o resultados adversos.
4. El PHP desarrollará una metodología para identificar a los Miembros que corren el riesgo de tener nuevas admisiones y de sufrir otros resultados deficientes. Esta metodología tendrá en cuenta:
 - a. La frecuencia, la duración y la agudeza de las admisiones de pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada (SNF) y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) o visitas al servicio de urgencias (Emergency Department, ED);

- b. Las altas de los servicios de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados, los servicios de crisis basados en instalaciones, la desintoxicación médica no hospitalaria, la supervisión médica o el centro de tratamiento de abuso de drogas o alcohol;
 - c. Altas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN); e
 - d. Identificación de los pacientes según la gravedad de la afección, los medicamentos, la puntuación de riesgo, las oportunidades saludables y otros factores que el PHP pueda priorizar.
5. Como parte de la administración de la atención médica durante la transición que se proporciona a los Miembros identificados que se trasladan de un entorno clínico a otro, el PHP deberá:
- a. Contactar al AMH/PCP del Miembro y a todos los demás proveedores médicos;
 - b. Facilitar los traspasos clínicos;
 - c. Obtener una copia del plan de alta y verificar que el administrador de atención del Miembro reciba y revise el plan de alta con el Miembro y el centro;
 - d. Garantizar que se programe una visita de seguimiento ambulatoria y/o domiciliaria dentro de un margen de tiempo clínicamente adecuado;
 - e. Llevar a cabo la gestión de la medicación, incluida la conciliación, y apoyar el cumplimiento del régimen de medicamentos mediante la educación del Miembro;
 - f. Asegurarse de que se asigna un administrador de atención para administrar la transición;
 - g. Garantizar que el administrador de atención asignado realice un seguimiento rápido del Miembro tras el alta; y
 - h. Desarrollar un protocolo para determinar el momento y el formato adecuados de dicho contacto.
 - i. El PHP se asegurará de que se complete y actualice una evaluación exhaustiva para todos los inscritos al finalizar la administración de la atención de transición, incluida una nueva evaluación para los inscritos ya asignados a la administración de atención.
6. El PHP deberá tener acceso a una fuente de datos de admisión, alta y transferencia (ADT) que identifique correctamente cuándo los Miembros son admitidos, dados de alta o transferidos a/desde un servicio de urgencias u hospital en tiempo real o casi real.
7. Como parte de la Administración de atención de transición, el PHP deberá implementar un proceso sistemático y clínicamente apropiado con personal designado para responder a determinadas alertas de ADT de alto riesgo, que incluyen:

- a. Respuesta en tiempo real (minutos/horas) a las notificaciones de visitas al servicio de urgencias, por ejemplo, contactando con el ED para organizar un seguimiento rápido;
- b. Contacto en el mismo día o al día siguiente para subconjuntos designados de alto riesgo de la población, como los niños con necesidades especiales de atención de salud ingresados en el hospital;
- c. Actividades de divulgación adicionales en los días siguientes a la alerta para atender las necesidades de los pacientes externos o prevenir problemas futuros para otros pacientes que hayan sido dados de alta del hospital o del ED (por ejemplo, para ayudar a programar las visitas de seguimiento adecuadas o la conciliación de la medicación después del alta).

IV. Definiciones y aclaraciones de los términos identificados

Transiciones de atención	El proceso de ayudar a un Miembro a realizar la transición a un entorno de atención diferente o a través de una etapa de la vida que da lugar o requiere una modificación de los servicios (por ejemplo, las transiciones relacionadas con la escuela).
Población cruzada	Los beneficiarios de Medicaid de Carolina del Norte y de NC Health Choice que están inscritos en el programa de Pago por servicio de Medicaid y que harán la transición a la Atención médica administrada de Medicaid para Carolina del Norte en una fecha específica establecida por el Departamento.
Evaluación, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT)	El beneficio de Medicaid para niños y adolescentes menores de 21 años de familias con bajos ingresos incluye una amplia selección de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento. También conocido como beneficio de Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT), sus mandatos y garantías figuran en la ley federal de Medicaid en 42 U.S.C. §1396a(a) (43) y 1396d(r) [1902(a) y 1905(a)(r) de la Ley de Seguro Social.
Entornos clínicos de alto nivel	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hospital/atención de pacientes internados agudos y atención de pacientes agudos a largo plazo ○ Centro de enfermería ○ Hogar de cuidados para adultos ○ Servicios de salud del comportamiento para pacientes internados ○ Servicios de crisis en centros para niños y para adultos ○ Centros de tratamiento de abuso de alcohol y drogas (ADATC)

Entidades de administración local - Organización de atención médica administrada (LME/MCO)	Entidades de administración local - Las organizaciones de atención médica administrada (LME/MCO) son organizaciones públicas de atención médica administrada que proporcionan un plan de servicios de salud del comportamiento integral en virtud de la ley de Exención 1915(b)(c) de Carolina del Norte para personas que necesitan servicios de salud mental, discapacidades del desarrollo o consumo de sustancias. LME/MCO tienen sede a nivel regional. ²
Medicaid Direct de Carolina del Norte	El Programa Medicaid de Carolina del Norte, excluyendo la Atención médica administrada de Medicaid para Carolina del Norte. NC Medicaid Direct incluye los servicios cubiertos a través del programa de pago por servicio de Medicaid para Carolina del Norte; los servicios cubiertos por las Entidades de administración local/Organizaciones de atención médica administrada (LME/MCO) de Carolina del Norte y el Programa de atención integral para la tercera edad (PACE).
Curso de tratamiento continuado	Cuando un Miembro, en ausencia de servicios continuados, reflejados en un plan de tratamiento o de servicios o según se indique clínicamente de otro modo, sufriría un grave detrimento de su salud o correría el riesgo de ser hospitalizado o institucionalizado.
Afección especial continuada	Según se define en N.C. Gen. Stat. §58-67-88
Protocolos de desafiliación	Protocolos desarrollados por el Departamento que debe seguir el PHP cuando asiste a las poblaciones designadas que se desafilian a través del proceso de transición de vuelta a NC Medicaid Direct. Los protocolos identifican la entidad receptora para cada población y proporcionan intervenciones para ayudar a garantizar la continuidad de la atención. El Departamento establecerá protocolos para ayudar a los Miembros que se desafilien debido a la elegibilidad de Medicare, la inscripción en el sistema de acogida, la elegibilidad en el plan a medida y la desafiliación del programa LTSS de NC Medicaid Direct. El Departamento se reserva el derecho de desarrollar protocolos adicionales según sea necesario para satisfacer las necesidades de continuidad de los servicios de los Miembros que se desafilian.
Entidad receptora	La entidad que afilia al Miembro en transición y recibe la información del Miembro.
Entidad de transferencia	La entidad que desafilia al Miembro en transición y transfiere la información del Miembro.

² Puede encontrar un directorio de LME/MCO en: <https://www.ncdhhs.gov/providers/lme-mco-directory>

<p>Transición de atención</p>	<p>El proceso de ayudar a un Miembro a realizar la transición entre el PHP o entre sistemas de prestación de pago, incluidas las transiciones que dan lugar a la cancelación de la atención médica administrada. Las transiciones de atención también incluyen el proceso de ayudar a un Miembro a cambiar de proveedor cuando un proveedor deja de pertenecer a la red del PHP.</p> <p>El Departamento identifica dos categorías de Transición de atención:</p> <p>Transición de atención, traspaso: El plazo inmediatamente anterior y posterior a la fecha de implementación del modelo de Atención médica administrada de Medicaid para Carolina del Norte en la región aplicable. Los requisitos y plazos relacionados con el traspaso son específicos para cada actividad, pero todos están diseñados para garantizar la continuidad de la atención para la población cruzada durante este período de transición. Los requisitos específicos de los traspasos figuran en el Anexo A.;</p> <p>Transición de atención, en curso: El proceso de ayudar a un Miembro a realizar la transición entre el PHP o entre sistemas de prestación de pago, incluidas las transiciones que dan lugar a la cancelación de la atención médica administrada. Las transiciones de atención también incluyen el proceso de ayudar a un Miembro a cambiar de proveedor cuando un proveedor deja de pertenecer a la red del PHP.</p>
<p>Administración de la atención médica durante la transición</p>	<p>Administración de las necesidades de los Miembros durante las transiciones de atención (por ejemplo, del hospital al domicilio).</p>
<p>Traspaso “amable”</p>	<p>Planificación urgente específica para los Miembros identificados por la entidad de transferencia o la entidad receptora, pero que incluye como mínimo: 1) Miembros con atención administrada en transición para los que el PHP considere necesario un traspaso “amable” para garantizar la continuidad de la atención; 2) Miembros que se desafilian debido a la elegibilidad de Medicare, la elegibilidad de la atención de acogida, el ingreso en un centro que dé lugar a la desafiliación y los Miembros que se desafilian debido a la elegibilidad de los servicios de LME/MCO. Los Traspasos “amables” requieren una planificación de la transición en colaboración entre las entidades que transfieren y receptoras y, en la medida de lo posible, se producen antes de la transición.</p>

25 de febrero de 2021

Cumplimiento y supervisión

El Departamento supervisará la actividad de Transición de atención del PHP a través de los requisitos de presentación de informes, tal como se especifica en el contrato del Plan estándar en el Anexo J de la *Solicitud de propuesta revisada y reformulada RFP 30-190029-DHB* y a través de métodos adicionales determinados por el Departamento.

Citas normativas y legislativas pertinentes

42 C.F.R. § 438.10

42 C.F.R § 438.62

42 C.F.R §438.208

N.C. Gen. Stat. § 58-67-88

S.L. 2018-48 (H 403)

Título:	Política de transición de la atención médica del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte		
Contacto:	Trish Farnham		
Entidad ejecutora:	Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Carolina del Norte - División de Beneficios de Salud		
Aprobador:	Comité de Revisión Ejecutiva del DHHS de Carolina del Norte		
Fecha de aprobación:	2/17/2021, vigente a partir de la publicación		
Versión:	V1 FINAL	Fecha de publicación:	02/25/2021

APÉNDICE A: Transición de atención en el traspaso

Las transiciones de los Miembros entre los sistemas de prestación de servicios se denominan colectivamente Transición de atención (TOC). El Departamento ha reconocido que la Transición de atención implica dos fases distintas:

1. Traspaso
2. Transición de la atención médica en curso

Mientras los beneficiarios se mueven entre los sistemas de suministros, la expectativa del Departamento es que haya procesos implementados que garanticen la continuidad de la atención para cada Miembro y minimizar la carga en los proveedores durante la transición. Al reconocer la dinámica y las necesidades específicas durante la fase de traspaso, el Departamento ha establecido los requisitos de tiempo limitado de los PHP en este Apéndice A de la Política de transición de la atención médica del DHHS de Carolina del Norte.

Traspaso: Definiciones aplicables

Traspaso: El plazo inmediatamente anterior y posterior a la fecha de implementación del modelo de Atención médica administrada de Medicaid para Carolina del Norte en la región aplicable. Los requisitos y plazos relacionados con el traspaso son específicos para cada actividad, pero todos están diseñados para garantizar la continuidad de la atención para la población cruzada durante este período de transición.

Período de traspaso: El plazo inmediatamente antes y después de la fecha de implementación de la Atención médica administrada de Medicaid. Los requisitos y plazos relacionados con el traspaso son específicos para cada actividad, pero todos están diseñados para garantizar la continuidad de la atención para la población cruzada durante este período de transición.

Episodio de atención: Un tratamiento o intervención cubierto bajo el beneficio del Plan estándar, iniciado antes de MCL y evidenciado por un plan de tratamiento actual, que está relacionado con la afección o circunstancia de un Miembro y que es proporcionado al Miembro por el proveedor no participante dentro de los primeros 60 días después del MCL.

Miembro de alta necesidad: Beneficiarios que requieren un seguimiento específico del Miembro por parte de los PHP durante el traspaso. Los Miembros de Alta necesidad incluyen, pero no se limitan a los Miembros con AP abiertas o recientemente cerradas en los siguientes servicios:

- - Subconjunto de Miembros de Alta necesidad que reciben servicios y apoyos a largo plazo.
 - Miembros que reciben o están autorizados a recibir servicios de PDN que también han experimentado una o más visitas a ED u hospitalizaciones dentro de los 30 días del MCL.

- Miembros que reciben o están autorizados a recibir servicios de salud en el hogar que también han experimentado una o más visitas a ED u hospitalizaciones dentro de los 30 días del MCL.
- Miembros que han recibido servicios de HIT, con DOS dentro de los 30 días del MCL.
- Miembros que han estado inscritos en un Centro de enfermería durante 30 días calendario o menos en el MCL. Miembros autorizados para 80 o más horas al mes de Servicios de atención personal o menores que utilicen Servicios de atención personal.
- Miembros que reciben servicios de crisis de salud del comportamiento dentro de los seis meses del MCL;
- - Miembros con Errores innatos del metabolismo;
- - Miembros identificados por el CCNC, una LME/MCO o el Departamento que tienen circunstancias de tratamiento complejas o múltiples intervenciones de servicio y necesitan un traspaso “amable”;
- Miembros que están experimentando una transición de atención desde un entorno clínico de alto nivel;
- Miembros identificados como exentos del Plan estándar que eligieron inscribirse en el Plan estándar;
- - Miembros autorizados para trasplante;
- Miembros autorizados para recibir servicios fuera del estado; y
- Otros Miembros o grupos de Miembros de alta necesidad identificados por el Departamento o el PHP.

Lanzamiento de la atención médica administrada (MCL) La fecha en la que el programa Medicaid para Carolina del Norte se convierte de un modelo de prestación de pago por servicio a un modelo de prestación de atención administrada para los beneficiarios inscritos. Esta fecha también se denomina *Implementación*.

Traspaso “amable”: Sesión de reunión/transferencia de conocimientos específica para el Miembro entre la entidad que lo transfiere y el PHP. Los Miembros que requieren un Traspaso “amable” en el Traspaso pueden ser identificados por el PHP del Miembro o por la “Entidad de transferencia” de Medicaid Direct aplicable, pero el Departamento anticipa que la entidad de Medicaid Direct de transferencia estará mejor posicionada para determinar si la circunstancia específica de un Miembro requiere una sesión informativa formal de traspaso cálido.

Seguimiento: Contacto directo con el Miembro/representante autorizado identificado para confirmar la continuidad de los servicios; para proporcionar cualquier información de contacto del PHP específica del Miembro directamente al Miembro/representante autorizado; para abordar cualquier problema relacionado con el Traspaso que el Miembro pueda estar experimentando. Los PHP priorizarán la actividad de seguimiento con los Miembros de alta

necesidad en función de la urgencia de la necesidad, pero debe esforzarse por llevar a cabo un seguimiento con los Miembros identificados como de alta necesidad a más tardar tres semanas después del MCL.

Servicios clave: Los servicios clave son definidos por el Miembro, el PHP y/o el plan de atención, pero deben incluir, como mínimo, que el NEMT se mantenga sin interrupción, que los apoyos de servicios domiciliarios LTSS hayan continuado sin interrupción, que los medicamentos se hayan reabastecido según lo programado y que los apoyos conductuales hayan continuado sin interrupción.

Requisitos de traspaso: Transferencia de datos y aceptación de archivos por parte del PHP

Requisitos

- ❖ Los PhP tienen la capacidad de aceptar, ingerir y utilizar archivos de reclamaciones, encuentros, archivos de bloqueo de farmacia y archivos de datos de autorizaciones previas identificados en la *Transición de atención: Descripción general de la implementación técnica y Cronograma* y orientación posterior.
- ❖ Los PHP tienen la capacidad de aceptar, ingerir y utilizar los detalles de la evaluación del servicio y del plan de atención disponibles para el PHP.
- ❖ Los PHP participan en la estrategia del Departamento para minimizar la interrupción del servicio en Traspaso debido a autorizaciones previas erróneamente presentadas. La participación incluye, pero no se limita a:
 - Proporcionar información sobre el proceso de autorización previa del PHP para que se incluya en la página web de recursos del PHP PA patrocinada por el Departamento.
 - Establecer la funcionalidad necesaria para aceptar las llamadas de traspaso “amable” de los proveedores de administración de la utilización que reciban una solicitud de PA por teléfono.
 - Proporcionar los datos correspondientes tal y como se indica en la sección *Requisitos de traspaso: presentación de informes* de este Apéndice.
 - Participar en los esfuerzos de educación de los proveedores tal y como se indica en la sección *Requisitos de traspaso: Educación de los proveedores* de este Apéndice.

Requisitos de traspaso: Administración de los apoyos y servicios a los Miembros de alta necesidad

Requisitos

- ❖ Los PhP participan en sesiones de transferencia de conocimientos específicas para los Miembros conocidas como traspasos “amables” para los Miembros identificados por la

entidad de transferencia o por el PHP. Los traspasos cálidos comenzarán tres semanas antes del MCL y se completarán a más tardar una semana después del lanzamiento.

- ❖ Los PHP proporcionan un seguimiento acelerado después del MCL con los Miembros de Alta necesidad como se define en este Apéndice para:
 - Asegurar que los servicios identificados han continuado sin interrupción;
 - Iniciar las evaluaciones posteriores al LCM que puedan ser necesarias para evaluar la continuación de los servicios del Miembro después de 90 días;
 - Garantizar el acceso ininterrumpido al NEMT.
- ❖ Los PHP proporcionan actualizaciones del nivel de Miembro de alta necesidad al Departamento de la manera identificada por el Departamento y como se indica en la sección de informes de la Política de transición de atención del Departamento.

Requisitos de traspaso: Administración del transporte médico no urgente (NEMT)

Requisitos

- ❖ Los PHP comienzan a aceptar las solicitudes de programación del NEMT para las citas posteriores al MCL de los Miembros inscritos a más tardar un mes antes del MCL.

Requisitos de traspaso: Respetar las autorizaciones previas existentes y activas de pago por servicio durante 90 días después del MCL

Requisitos

- ❖ Para garantizar la continuidad de la atención de los Miembros, el PHP debe respetar las autorizaciones médicas previas (PA) existentes y activas archivadas en el programa Medicaid o NC Health Choice de Carolina del Norte durante, como mínimo, los primeros noventa (90) días después de la implementación o hasta el vencimiento/finalización de una PA, lo que ocurra primero. En el caso de las autorizaciones de servicios administradas por una LME/MCO y dentro del ámbito de aplicación del 42 CFR Parte 2, el PHP considerará que las autorizaciones presentadas directamente por los proveedores afectados están cubiertas por este requisito.
- ❖ Los proveedores de administración de utilización de pago por servicio (FFS) y las entidades de administración local de salud del comportamiento-organizaciones de atención médica administrada (LME/MCO) seguirán recibiendo solicitudes de PA hasta las 11:59 antes del MCL y procesarán esas solicitudes según sus procesos estándar y SLA, incluso si el procesamiento continúa después del MCL. En consecuencia, el PHP puede

recibir PA de FFS adicionales en el archivo de transferencia de PA incremental después del MCL. El PHP aceptará estas PA de FFS durante los primeros 90 días después del MCL, siguiendo los requisitos y protocolos relacionados establecidos para las PA de FFS.

- ❖ Para las nuevas solicitudes de Autorización previa presentadas por los proveedores al PHP en el MCL o posteriormente, se aplicarán los requisitos de administración de utilización estándar y las asignaciones especificadas en los contratos del PHP. Las nuevas solicitudes de Autorización previa presentadas por los proveedores al PHP pueden incluir solicitudes de reautorización de servicios inicialmente autorizados en FFS.
- ❖ Se recomienda encarecidamente a los PHP que tengan en cuenta el historial de servicios anteriores del Miembro y las circunstancias clínicas previas al revisar las nuevas solicitudes de PA, incluidas las solicitudes de reautorización, durante el período de traspaso.

Requisitos de traspaso: Pago de los servicios del PHP en el momento del traspaso

Requisitos

- ❖ Por lo general, los PHP asumen la responsabilidad de los servicios con fechas de servicio a partir de la fecha del MCL aplicable.
- ❖ Durante los primeros sesenta (60) días después del MCL, los PHP deben pagar las reclamaciones y autorizar los servicios de los proveedores no participantes/fuera de la red que reúnan los requisitos de Medicaid, igual que los proveedores dentro de la red hasta el final del Episodio de atención o los 60 días, lo que sea menor. ³A menos que el Miembro tenga una Afección especial en curso o esté bajo un curso de tratamiento continuado. En estas circunstancias, el PHP seguirá los plazos previstos en Gen. Stat. § 58-67-88(d), (e), (f) y (g).
- ❖ En el caso de los beneficiarios de Medicaid ingresados en un centro de atención aguda y con derecho a la cobertura completa de Medicaid de pago por servicio antes del MCL y dados de alta después del MCL, el programa de pago por servicio de Medicaid pagará las reclamaciones asociadas a los DRG.

³ Consultar el contrato del Plan estándar en la Solicitud de propuesta revisada y reiterada 30-190029-DHB sección V. Alcance de los servicios, página 88 de 214

Requisitos de traspaso: Dinámica adicional de autorización previa

Requisitos

❖ **Visitas no administradas para servicios ambulatorios de salud del comportamiento**

De acuerdo con el contrato del Plan estándar, los PHP deben cumplir con la [Política de cobertura clínica 8C del Departamento, Servicios de salud del comportamiento para pacientes externos prestados por proveedores afiliados de Direct](#). Esta política establece en la parte pertinente: *La cobertura de servicios ambulatorios de salud del comportamiento está limitada a ocho visitas ambulatorias no administradas para adultos y 16 visitas ambulatorias no administradas para niños por año fiscal estatal (incluidos los códigos de evaluación y pruebas psicológicas). Para los Miembros a los que se les autorice a recibir servicios en virtud de esta Política de Cobertura Clínica en el Lanzamiento de la atención médica administrada (MCL), el recuento de visitas no administradas se restablecerá a cero.* Los PHP deben cumplir con la Política de Cobertura Clínica 8C, *Servicios de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios proporcionados por proveedores afiliados de Direct.*

Requisitos de traspaso: Procesos de gobernanza de PHP

Requisitos

- ❖ La Política de Transición de atención del PHP reflejará cómo el PHP supervisará la implementación y la actividad continua relacionada con los requisitos identificados en este Apéndice.
- ❖ El PHP participará en las actividades de supervisión específicas del traspaso patrocinadas por el estado, que incluyen, entre otras, las siguientes:
 - Reuniones de corta duración en relación con el traspaso, realizadas con el personal de Medicaid de Carolina del Norte y los proveedores en un horario que será determinado por el Departamento.
 - Proceso de solución de ciclo rápido y limitado en el tiempo en relación con los problemas de transferencia de datos y la interrupción de la atención a los Miembros.
 - Completar y presentar los informes de estado del traspaso y el detalle de la conciliación de datos como se indica en la sección *Requisitos de traspaso: Informes* del Apéndice de esta Política.

Requisitos de traspaso: Informes

Requisitos

- ❖ El PHP participará en la transferencia de archivos, en los procesos de conciliación de datos y en la elaboración de informes, según lo determine el Departamento.
- ❖ El PHP proporcionará informes de estado sobre las actividades de compromiso y la disposición de servicios de los Miembros de alta necesidad.
- ❖ El PHP realizará un seguimiento y tiene la capacidad de informar y conciliar los datos específicos de los Miembros relacionados con:
 - Citas de NEMT recibidas durante el período de tiempo de traspaso;
 - Apelaciones abiertas en el MCL;
 - Utilización de la unidad de PA posterior al MCL.

Requisitos de traspaso: Educación de miembros y proveedores

El Departamento no exigirá guiones formales del centro de llamadas para las dinámicas específicas del traspaso. El Departamento establecerá “temas de conversación” específicos para el traspaso que el PHP incorporará a sus protocolos del centro de llamadas y a la capacitación del personal, proporcionando capacitación adicional a los PHP según sea necesario. El Departamento finalizará estos temas de conversación y exigirá al PHP que certifique la capacitación e integración de estas declaraciones en sus protocolos del Centro de llamadas en una fecha posterior, determinada por el Departamento.

El contenido del centro de llamadas relacionado con el traspaso incluirá:

- Orientación a los proveedores sobre la identificación del estado de inscripción en el plan del Miembro;
- Orientación a los proveedores sobre los requisitos de presentación de PA relacionados con el traspaso;
- Orientación a los proveedores sobre las disposiciones de continuidad de la atención aplicables en el contrato del plan estándar y las declaraciones de política posteriores.
- Orientación a los Miembros sobre la programación de citas de NEMT previas al MCL;
- Orientación adicional, según sea necesario, para garantizar la continuidad de la atención de los Miembros y la claridad de los proveedores sobre los procesos aplicables de traspaso.

Requisitos de traspaso: Consideraciones específicas de traspaso para las determinaciones adversas y las apelaciones

- ❖ En general, la actividad del PHP se rige por la sección de *Quejas y Apelaciones de los Miembros* del RFP revisado y reformulado.⁴
- ❖ El PHP y el Departamento seguirán cualquier orden resultante de la Oficina de Audiencias Administrativas (Office of Administrative Hearings, OAH) u otro tribunal.

Consideraciones relacionadas con las apelaciones en el traspaso
<p>Requisito: Procesamiento de autorizaciones previas (PA) antes del MCL Proveedores de administración de utilización (<i>o el personal estatal, según corresponda</i>) seguirá recibiendo solicitudes de Autorización previa (PA) hasta las 11:59 antes del Lanzamiento de la atención médica administrada (“MCL” o “Implementación”) y procesarán esas solicitudes según sus procesos estándar y acuerdos de nivel de servicio (SLA).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el proceso de revisión de la Autorización Previa se extiende más allá del MCL y se autoriza, el PHP cumplirá por la duración de la autorización o 90 días después del MCL, lo que ocurra primero. • Si el proceso de revisión de la Autorización previa se extiende más allá del MCL, no se autoriza y esta determinación adversa da lugar a una apelación, el Departamento tratará de desestimar la apelación por los motivos identificados en este Apéndice.
<p>Requisito: Mantenimiento del Servicio (Maintenance of Service, MOS) Si el Mantenimiento del Servicio (MOS) de pago por servicio está en vigor para un Miembro en el MCL, para un servicio cubierto por el PHP, el PHP es financieramente responsable de los servicios posteriores al MCL proporcionados en virtud del MOS hasta que el PHP reevalúe y apruebe el servicio o emita su propia decisión adversa con derechos de apelación.</p>
<p>Declaración de posición: La disposición de MOS/COB (Mantenimiento de los beneficios) para los servicios patrocinados por LME/MCO para el Miembro que se traslada al PHP (NUEVO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el MOS/COB es para un servicio <i>no</i> cubierto por el PHP y el Miembro se ha trasladado voluntaria y proactivamente de la LME/MCO al PHP (exento del plan estándar), el Miembro ha renunciado al MOS en el momento del traslado. • Si el MOS/COB es para un servicio que ESTÁ cubierto por el PHP, se aplica el protocolo de MOS descrito en el requisito de MOS.
<p>Declaración de posición: Solicitudes de PA retroactivas Si un proveedor presenta una PA <i>retroactiva</i> que cubre tanto un período de pago por servicio como un período de PHP, la entidad de UM que recibe la solicitud de PA retroactiva puede revisar solo la parte de la solicitud que cubre el período bajo su autoridad.</p> <p>Requisito: En relación con la Declaración de posición: Solicitudes de PA retroactivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • La entidad receptora debe informar al proveedor de su incapacidad para procesar la parte de la solicitud que está fuera de la competencia de la entidad receptora

⁴ Consultar el contrato del Plan estándar en la Solicitud de propuesta revisada y reformulada 30-190029-DHB sección V. Alcance de los servicios, página 35 de 214

- El proveedor deberá presentar las unidades restantes a la entidad que autoriza correspondiente.
- Si la entidad receptora revisa y deniega la parte de la solicitud que está dentro de su competencia, también debe emitir derechos de apelación.

Requisito: PHP cumple con las PA de pago por servicio tras el MCL

El PHP debe respetar las PA abiertas de pago por servicio durante los primeros 90 días después del MCL o hasta la fecha en que la PA venza o concluya, si es antes del día 90 después de la fecha del MCL/implementación.

Requisito: Derechos de apelación sobre servicios autorizados terminados o reducidos antes del MCL.

Si un PHP termina/reduce un servicio autorizado de pago por servicio después de los 90 días, el PHP debe emitir derechos de apelación. Una reevaluación del PHP que potencialmente resulte en la terminación o reducción de los servicios debe comenzar con suficiente antelación al día 90 para seguir cumpliendo con los requisitos especificados en la sección de Quejas y Apelaciones de los Miembros de la RFP Revisada y Reformulada.

- Requisito de información relacionado: La determinación adversa del PHP sobre un servicio autorizado de pago por servicio debe cargarse en el Centro de Compensación de Apelaciones y Reclamaciones de Medicaid

APÉNDICE B

Transición de la atención: Consideraciones especiales para apoyar a los Miembros que pueden cumplir los criterios del plan a medida

Descripción general

Este Apéndice establece los requisitos del Departamento para que los PHP del Plan estándar ayuden a los Miembros en transición que son elegibles para los Planes a medida de Salud del comportamiento y Discapacidad intelectual/desarrollo (BH I/DD) o, antes del lanzamiento del Plan a medida BH I/DD, para la inscripción en la LME/MCO.

En concreto, este apéndice incluye requisitos relacionados con el apoyo:

1. A los Miembros del Plan estándar que no están obligados a inscribirse en el Plan estándar porque son elegibles para el Plan a medida de BH I/DD, pero que deciden hacerlo; y
2. Miembros del plan estándar que pueden ser elegibles para el plan a medida de BH I/DD después de su inscripción en los planes estándar.

Las declaraciones incluidas en este Apéndice están en consonancia con el diseño previsto por el Departamento en:

1. Orientación final de la política de Atención médica administrada de Medicaid Elegibilidad e inscripción en el plan a medida de salud del comportamiento y discapacidad intelectual/del desarrollo (“Orientación final de la política”) y actualizaciones relacionadas;
2. El informe del Departamento al Comité de Supervisión Legislativa Conjunta de la Asamblea General de Carolina del Norte, Plan de implementación de los planes a medida de salud del comportamiento y discapacidades intelectuales/del desarrollo (“Plan de implementación”); y
3. De acuerdo con la legislación relacionada.

Definiciones

Plan a medida de salud del comportamiento/discapacidad intelectual y del desarrollo (Plan a medida de BH I/DD):

Los planes a medida de salud del comportamiento I/DD son productos de atención médica administrada especializados que se dirigen a las necesidades de las personas con trastornos significativos de salud del comportamiento, discapacidades intelectuales y del desarrollo (I/DD) y lesiones cerebrales traumáticas (TBI). El inicio de estos planes está previsto para julio de 2022. Antes del lanzamiento, los beneficiarios que reúnan los requisitos para los planes a medida de salud del comportamiento I/DD seguirán teniendo cobertura a través del sistema actual de Medicaid de pago por servicio/entidad de administración local - organización de atención médica administrada (LME/MCO), también denominado NC Medicaid Direct.⁵

⁵ <https://files.nc.gov/ncdhhs/medicaid/BH-IDD-TP-Eligibility-Enrollment-Update-FINAL-20190716.pdf>

Elegible para el plan a medida de BH I/DD/cumplimiento de los “Criterios del plan a medida” Los beneficiarios que son elegibles y se inscriben automáticamente en un Plan a medida de BH I/DD (o Medicaid Direct/LME/MCO antes del lanzamiento del plan a medida de BH I/DD) y cumplen con los criterios establecidos en *el APÉNDICE B, CRITERIOS DEL PLAN A MEDIDA DE BH/I DD de Elegibilidad e inscripción en el plan a medida de salud del comportamiento y discapacidad intelectual/del desarrollo de la Atención médica administrada de Medicaid para Carolina del Norte, actualizado el 2 de agosto de 2019 y nuevamente el 2 de febrero de 2021.*⁶

Los beneficiarios que no sean identificados inicialmente como elegibles para el plan a medida podrán solicitar una revisión para determinar si son elegibles para inscribirse en un plan a medida de BH I/DD.⁷

Proceso de solicitud de elegibilidad del plan a medida: El proceso establecido para apoyar a los Miembros inscritos en el Plan estándar que deseen solicitar el traslado al Plan a medida BH/IDD o antes del lanzamiento del Plan a medida, para Medicaid Direct debido a la necesidad de servicios prestados por la LME/MCO.⁸

Expectativa general de apoyo a los Miembros del PHP que pueden cumplir con los criterios del plan a medida

Un plan estándar proporcionará de forma efectiva apoyo a la salud del comportamiento a sus Miembros, lo que incluye garantizar que sus Miembros tengan acceso a los servicios de salud del comportamiento indicados clínicamente dentro del ámbito del Plan estándar. Si un Miembro requiere servicios o intervenciones disponibles únicamente a través del Plan a medida de BH I/DD o de la LME/MCO antes del lanzamiento del Plan a medida de BH I/DD, el Plan estándar apoyará al Miembro para que comprenda las opciones de servicio disponibles y lo ayudará en cualquier transición posterior al Plan a medida de BH I/DD o a la LME/MCO.

Consideraciones especiales de transición de atención para los Miembros que pueden cumplir con los criterios del plan a medida

Posiciones y requisitos de política del DHHS

- ❖ Los beneficiarios de Medicaid identificados como elegibles para los planes a medida de BH I/DD se inscriben por defecto en la LME/MCO hasta el lanzamiento de los planes

⁶ <https://files.nc.gov/ncdhhs/medicaid/BH-IDD-TP-EligibilityUpdate-AppendixB-REVFINAL-20190802.pdf>
<https://files.nc.gov/ncdhhs/BH-IDD-TP-Eligibility-Enrollment-Update-02.02.2021.pdf>

⁷ <https://files.nc.gov/ncdhhs/medicaid/BH-IDD-TP-EligibilityUpdate-AppendixB-REVFINAL-20190802.pdf>
Esta lista incluye tanto a los Miembros cuya inscripción puede ser por defecto en LME/MCO o en el Plan a medida, pero que pueden elegir inscribirse en el Plan estándar, como a los Miembros que pueden ser identificados posteriormente como elegibles para el Plan a medida. Para obtener más aclaraciones, consulte la *Orientación final de la política*.

⁸ Se puede encontrar una descripción adicional en: <https://files.nc.gov/ncdhhs/medicaid/BH-IDD-TP-Eligibility-Enrollment-Update-FINAL-20190716.pdf>

a medida de BH I/DD, pero tendrán la opción de inscribirse en un PHP del plan estándar.⁹ Los Miembros que reúnan los requisitos para el plan a medida de BH I/DD pero que hayan optado por inscribirse en un Plan estándar serán identificables en el archivo de elegibilidad 834. Los Miembros elegibles del Plan a medida de BH/IDD que permanezcan o regresen al Plan estándar serán designados por el PHP como Población Prioritaria para la Administración de atención bajo la categoría *Adultos y Niños con Necesidades de Atención Médica Especiales*.

- ❖ Para garantizar el acceso a los servicios necesarios, el Departamento ha establecido las siguientes vías para identificar a los Miembros del Plan estándar que pueden ser atendidos de manera más apropiada bajo el Plan a medida de BH/IDD (o por LME/MCO antes del lanzamiento del Plan a medida):
 - Miembros identificados a través de la Revisión de Reclamaciones y Encuentros del Departamento;
 - Miembros identificados a través del proceso de solicitud de elegibilidad del plan a medida de BH I/DD;
 - Miembros que experimentan otros eventos que califican, como se refleja en la definición de Elegible del Plan a medida dentro de este Apéndice.

- ❖ El Plan estándar deberá seguir los protocolos establecidos por el Departamento en relación con la identificación, la presentación de informes y la asistencia a los Miembros del Plan estándar que correspondan y que puedan ser atendidos de manera más apropiada bajo los Planes a medida de BH I/DD (o solo por NC Medicaid Direct/LME/MCO antes del lanzamiento del Plan a medida de BH I/DD).

- ❖ Para ayudar a los Miembros que puedan ser elegibles para los Planes a medida de BH I/DD, el Plan estándar capacitará a los administradores de atención en los servicios disponibles sólo a través de los Planes a medida de BH I/DD, los criterios de elegibilidad del Plan a medida de BH I/DD y el proceso para que un inscrito que necesita un servicio que está disponible solo a través de los Planes a medida de BH I/DD se transfiera a un Plan a medida de BH I/DD.

- ❖ El Plan estándar establecerá políticas y procedimientos internos para ayudar a los Miembros que puedan ser elegibles para los Planes a medida de BH I/DD y para apoyar a aquellos que decidan transferirse durante la transición a los Planes a medida de BH I/DD o a las LME/MCO antes del lanzamiento del Plan a medida de BH/IDD. Como mínimo, estas políticas y procedimientos deberán estar en consonancia con la política general de

⁹ [Elegibilidad e inscripción en el plan a medida de salud del comportamiento y discapacidad intelectual/del desarrollo de la Orientación final de la política de la Atención médica administrada de Medicaid](#), pág. 6. Los beneficiarios de Medicaid inscritos en las exenciones de Innovaciones y de Lesión Cerebral Traumática (TBI) deberán darse de baja de sus exenciones antes de inscribirse en los Planes estándar.

Transición de atención del Plan estándar, sus procedimientos específicos para la desafiliación y la transición de las poblaciones de atención administrada en transición y también deberán establecer:

- Procesos operativos internos para coordinar con los proveedores la presentación de un formulario de Solicitud de transición, tal como se define en las definiciones de este Apéndice de políticas.
 - Procesos operativos internos para coordinar con el Departamento el apoyo a la transición de los Miembros identificados para la desafiliación debido a la elegibilidad del Plan a medida.
 - Protocolos de seguimiento para los miembros recién inscritos que sean consistentes con los proporcionados en la sección *Requisitos adicionales de transición de atención para los miembros de atención administrada* de la Política de transición de la atención médica del DHHS de Carolina del Norte.
- ❖ Los planes estándar deben proporcionar los servicios de salud del comportamiento o I/DD del plan estatal de Medicaid para Carolina del Norte sujetos a la EPSDT que normalmente solo se ofrecen los planes a medida de salud del comportamiento de I/DD a los niños menores de 21 años que requieren un servicio. La EPSDT no cubre los servicios de habilitación, los servicios de relevo ni otros servicios aprobados por los CMS que pueden ayudar a evitar la institucionalización. Esos servicios sólo estarán disponibles en los planes a medida de salud del comportamiento I/DD.
- Si un niño inscrito en Medicaid está inscrito en un PHP del Plan Estándar y necesita un servicio que está cubierto en el conjunto de servicios de los Planes a medida de BH I/DD (pero no en los Planes estándar), y el servicio cumple los requisitos de la EPSDT, el PHP del Plan estándar debe cubrir ese servicio durante cualquier período en que el beneficiario esté inscrito en ese PHP. Cuando el encuentro para ese servicio llegue al Departamento, éste marcará al beneficiario como elegible para el Plan a medida y se le dará de baja del PHP y se le trasladará a Medicaid Direct (hasta que los Planes a medida entren en funcionamiento), de acuerdo con la Inscripción automática de Miembros elegibles para el Plan a medida.
- ❖ El Plan estándar informará sobre las actividades relacionadas con la identificación, la notificación y la asistencia a los miembros elegibles del Plan a medida de BH I/DD, de la manera especificada por el Departamento.
- ❖ Para todos los Miembros a los que se hace referencia en este Apéndice que hacen la transición a una LME/MCO o a un plan a medida de BH I/DD, se aplican los requisitos de transición de atención, tal como se especifica en el Contrato del Plan estándar en *la Solicitud de Propuesta Revisada y Reformulada 30-190029-DHB, Sección V.C.4* y la Política de transición de la atención médica del DHHS de Carolina del Norte. Todos los requisitos aplicables se reflejarán en la Política de transición de la atención médica del Departamento.