



NC Medicaid Managed Care

Política de transición de la atención médica

Departamento de Salud y Servicios
Humanos de Carolina del Norte

Fecha de entrada en vigencia: 24 de febrero de 2021, actualizada el 28 de septiembre de 2021

Título: 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 NCDHHS) 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 de Carolina del Norte 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 (Transition of Care, TOC) aplicables al programa NC Medicaid Managed Care se rigen por requisitos reglamentarios y estatutarios.¹ El Departamento estableció sus requisitos de TOC para los “Planes de Salud Prepagos” (Prepaid Health Plan, PHP) del Plan Estándar en su *Solicitud de propuesta 30-190029-DHB*. La Política de transición de la atención médica del NCDHHS 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 PHP del Plan estándar de NC Medicaid Managed Care. En consecuencia, se hace referencia a los beneficiarios de Medicaid como “Miembros”.

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

Ninguna disposición de esta Política se interpretará como un esfuerzo para limitar, modificar o reducir los requisitos establecidos en los contratos de PHP del Plan estándar. Cualquier conflicto entre esta política y un contrato de Plan estándar se determinará a favor del contrato.

¹ Consultar la sección Legislación relevante de esta Política

Si bien los PHP tienen autoridad para delegar actividades en virtud de esta Política a centros de atención médica avanzada (Advanced Medical Home, AMH)/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 relacionadas con la TOC e incluye los siguientes temas de la TOC:

- *Transición de la atención médica en curso*
Declaración de política de apoyo a los Miembros para hacer la transición entre PHP o entre el PHP y otro sistema de prestación de servicios, incluida la desafiliación.
- *Requisitos de la administración de la atención médica durante la transición*
- *Apéndice A: Transición de la atención médica en el lanzamiento del traspaso de NC Medicaid Managed Care* El “traspaso” hace referencia a la conversión del Departamento a un sistema de prestación de atención médica administrada el 1 de julio de 2021.
- *Apéndice B: Transición de la atención médica: Consideraciones especiales para apoyar a los Miembros que pueden cumplir los criterios del plan a medida*
- *Apéndice C: Requisitos de la transición de la atención médica para las determinaciones de servicio*
- *Apéndice D: Transición de la atención médica: flexibilidad de proveedores fuera de la red para la atención de los recién nacidos*

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 NC Medicaid Managed Care, en el marco de la transición de un PHP o a otro PHP, NC Medicaid Direct/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 TOC 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 (Prior Authorization, PA) 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 conoce como el archivo de transición del Miembro.² El contenido del archivo de transición de un Miembro puede variar en función de las circunstancias del Miembro, pero incluirá, 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 desafilian 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 vigentes.
 - (4) Un resumen de la TOC destinado a cada Miembro identificado para un traspaso “amable” y a todos los Miembros que se desafilien del Plan estándar. Este resumen incluye, como mínimo, lo siguiente:
 - (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

² V1.1 Nota: el Departamento dispuso flexibilidad de tiempo limitado a los PHP para proporcionar el resumen de la transición y otro contenido del archivo de transición, *si está disponible*, para los Miembros en transición para las transiciones hasta el 9/1/2021.

transición y del contenido de los archivos de transición:

- a) El PHP transferirá las reclamaciones, la autorización previa y los datos de bloqueo de farmacia al PHP o entidad receptora correspondiente de acuerdo con la Guía de especificaciones de datos de transición de la atención médica aplicable.³
 - 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 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 definidos por el Departamento, una vez recibidos, se transfieran al coseguro del AMH/CIN de Nivel 3 del Miembro en los plazos establecidos en la Guía de especificaciones de datos del AMH aplicable.⁴
 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 el Miembro complete un período de autorización existente establecido por su anterior PHP, LME/MCO o NC Medicaid Direct.
 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. Según se define en N.C. Gen. Stat. § 58-67-88(d)-(g), el PHP permitirá que el Miembro continúe viendo a su proveedor, independientemente del estado de la red del proveedor, en los siguientes casos: un Miembro hace la transición a un PHP desde NC Medicaid Direct, otro PHP u otro tipo de cobertura de seguro de salud y el Miembro se encuentra en un tratamiento continuo en curso o tiene una afección especial continuada.
 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 non-per-diem 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

³ medicaid.ncdhhs.gov/transformation/care-management/transition-care-data-specification-guidance

⁴ medicaid.ncdhhs.gov/transformation/advanced-medical-home/advanced-medical-home-data-specification-guidance

de inscripción en el PHP si no existe una cobertura para pacientes hospitalizados de NC Medicaid Managed Care o FFS) 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 de TOC del PHP escrita que 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 lo siguiente:
 - a) Coordinación de la atención médica a los Miembros que tienen una afección especial continuada.
 - b) Coordinación de la transición de los Miembros de NC Medicaid Direct al PHP.
 - c) Coordinación de la transición de los Miembros de LME/MCO al PHP.
 - d) Coordinación de la transición de los Miembros de la Opción Tribal al PHP.
 - e) Coordinación de la transición de los Miembros del PHP a NC Medicaid Direct, LME/MCO o la Opción Tribal.
 - f) Coordinación de la transición de los Miembros de un PHP a otro PHP; coordinación de los Miembros en la administración del programa Inborn Errors of Metabolism (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 RFP 30-190029-DHB*.
 - g) Coordinar los servicios prestados en virtud de otras fuentes de cobertura, incluido NC Medicaid Direct.
 - h) Notificar al Departamento de los Miembros que han tenido dos o más visitas al servicio de urgencias por un problema psiquiátrico o dos o más episodios utilizando los servicios de crisis de salud del comportamiento dentro de los 18 meses anteriores, como se define en la sección 4. (5) de las Leyes de Sesión 2015-245, y sus modificaciones por las Leyes de 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.
 - k) Otros requisitos enumerados en esta Política.

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

1. La Política de TOC 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.
- 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, servicios y apoyos a largo plazo o LTSS) y como se indica en la Política de TOC del NCDHHS.

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 TOC 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 y 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, entre otras cosas:
 - (1) Coordinar un traspaso “amable” con la entidad receptora en función de los plazos establecidos en esta Política.
 - (2) Realizar un 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:
 - (1) Coordinar 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 FFS; e
 - (2) 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. Según se define en N.C. Gen. Stat. § 58-67-88(d), (e), (f), and (g), 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 tratamiento continuo en curso o tenga una afección especial continuada, el PHP permitirá que el Miembro siga viendo a su proveedor, independientemente del estado de la red del proveedor.
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. De conformidad con 42 CFR § 438.10(f)(1):
 - (1) El PHP proporcionará una notificación por escrito de la terminación de un proveedor de la red a todos los Miembros que recibieron servicios del proveedor cuyos servicios terminan dentro de los seis meses inmediatamente anteriores a la fecha de la notificación de terminación.
 - (2) El PHP proporcionará la notificación por escrito de la terminación de un proveedor de la red a los Miembros dentro de los 15 días calendario de la terminación del proveedor, excepto si un proveedor cuyo servicios terminan es AMH/proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de un Miembro.
 - b. Si un proveedor cuyos servicios terminan es un AMH/PCP de un Miembro, el PHP notificará al Miembro dentro de los siete días calendario lo siguiente:
 - (1) Procedimientos para seleccionar un AMH/PCP alternativo.
 - (2) El Miembro será asignado a un AMH/PCP si no selecciona activamente uno en un plazo de 30 días calendario.
 - c. Si un proveedor cuyos servicios han terminado es un AMH/PCP de un Miembro, el PHP validará que el Miembro seleccione o sea asignado a un nuevo AMH/PCP dentro de los 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.
 - d. El PHP enviará una notificación al Miembro consistente con el modelo de notificación al Miembro desarrollado por el Departamento para la notificación requerida por la sección 42 C.F.R. §438.10(c)(4)(ii).
1. El PHP eximirá al Miembro de cualquier costo asociado con la transición entre proveedores, incluyendo la copia de registros médicos o planes de tratamiento.

2. El PHP establecerá una Política de TOC del proveedor que incluirá procesos y procedimientos para lo siguiente:
 - a. Coordinación de la atención médica a los Miembros que tienen una afección especial continuada.
 - 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.
 - 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 (Emergency Department, ED) 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 lo siguiente:
 - a. La frecuencia, la duración y la agudeza de las admisiones de pacientes hospitalizados en centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) y LTSS o visitas al 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 (Neonatal Intensive Care Unit, NICU).
 - 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 hacer lo siguiente:
 - 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 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.
 - 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 (Admission, Discharge and Transfer, ADT) que identifique correctamente cuándo los Miembros son admitidos, dados de alta o transferidos a/desde un ED 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 lo siguiente:
 - a. Respuesta en tiempo real (minutos/horas) a las notificaciones de visitas al ED, 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 médica	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 NC Medicaid y de NC Health Choice que están inscritos en NC Medicaid Direct y que harán la transición a NC Medicaid Managed Care en una fecha específica establecida por el Departamento.

Evaluación, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT)	<p>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 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.</p>
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 (Alcohol and Drug Abuse Treatment Center, ADATC)
Entidades de administración local - Organización de atención médica administrada (LME/MCO)	<p>Las 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.⁵</p>
NC Medicaid Direct	<p>El programa NC Medicaid, excluido NC Medicaid Managed Care. NC Medicaid Direct incluye servicios cubiertos a través de NC Medicaid; servicios cubiertos por LME/MCO y el Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).</p>
Tratamiento continuo en curso	<p>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.</p>
Afección especial continuada	<p>Según se define en N.C. Gen. Stat. §58-67-88</p>

⁵ Puede encontrar un directorio de LME/MCO en: ncdhhs.gov/providers/lme-mco-directory

Protocolos de desafiliación	<p>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 ha establecido 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 de 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.</p>
Entidad receptora	<p>La entidad que afilia al Miembro en transición y recibe la información del Miembro.</p>
Entidad de transferencia	<p>La entidad que desafilía al Miembro en transición y transfiere la información del Miembro.</p>
Transición de atención	<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 médica:</p> <p>Transición de atención médica, traspaso: El plazo inmediatamente anterior y posterior a la fecha de implementación del modelo de NC Medicaid Managed Care en la región aplicable. Los requisitos y plazos relacionados con el traspaso son específicos para cada actividad, pero 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 Apéndice 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</p>

	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.
Administración de la atención médica durante la transición	Administración de las necesidades de los Miembros durante las transiciones de atención médica (por ejemplo, del hospital al domicilio).
Traspaso “amable”	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.

Cumplimiento y supervisión

El Departamento supervisará la actividad de transición de atención del PHP a través de los requisitos de presentación de informes especificados 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)

Gobernanza de la política y gestión de las versiones

Título:	Política de transición de la atención médica del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte
Contacto:	Equipo de supervisión de TOC
Entidad ejecutora:	Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Carolina del Norte: División de Beneficios de Salud
Aprobador:	Comité de Revisión Ejecutiva de Medicaid de Carolina del Norte
Fecha de aprobación:	v.1 2/17/2021, v.1.1 9/27/2021

Versión	Fecha de publicación	Resumen de los cambios
1	2/24/2021	Publicación inicial
1.1	9/28/2021	Política actualizada para: <ul style="list-style-type: none"> • Reflejar los requisitos y prácticas actuales de la transición de la atención médica. • Conmemorar los ajustes posteriores a la implementación del Plan estándar. • Incorporar los ajustes de formato. • Incorporar el <i>Apéndice C: Requisitos de la transición de la atención médica para las determinaciones de servicio</i>, aprobado el 2/24/2021 para su publicación. • Incorporar el <i>Apéndice D: Transición de la atención médica: flexibilidad de proveedores fuera de la red para la atención de los recién nacidos</i>.

APÉNDICE A

Transición de atención médica en el traspaso

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

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

Al cambiar los beneficiarios de un sistema de prestaciones a otro, 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 el Apéndice A de la Política de TOC.

Traspaso: Definiciones aplicables

Traspaso: El plazo inmediatamente anterior y posterior a la fecha de implementación del modelo de NC Medicaid Managed Care 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 NC Medicaid Managed Care. 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 en virtud del beneficio del Plan estándar, iniciado antes del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care 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 lanzamiento de NC Medicaid Managed Care.

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, entre otros, a los Miembros con PA abiertas o recientemente cerradas en los siguientes servicios:

- Subconjunto de Miembros de alta necesidad que reciben LTSS.
 - Miembros que reciben o están autorizados a recibir servicios de enfermería privada que también han experimentado una o más visitas al ED u hospitalizaciones dentro de los 30 días del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care.

- Miembros que reciben o están autorizados a recibir servicios de salud en el hogar que también han experimentado una o más visitas al ED u hospitalizaciones dentro de los 30 días del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care.
- Miembros que han recibido servicios de terapia de infusión en el hogar con fechas de servicio dentro de los 30 días del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care.
- Miembros que han estado inscritos en un centro de enfermería durante 30 días calendario o menos en el lanzamiento de NC Medicaid Managed Care.⁶
- Miembros autorizados para 80 o más horas al mes de servicios de atención personal (Personal Care Services, PCS) o menores que utilicen PCS.
- Miembros que reciben servicios de crisis de salud del comportamiento dentro de los seis meses del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care.
- 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.
- Otros Miembros o grupos de Miembros de alta necesidad identificados por el Departamento o el PHP.

Lanzamiento de NC Medicaid Managed Care La fecha en la que el programa NC Medicaid 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 NC Medicaid Direct aplicable, pero el Departamento anticipa que el programa de NC Medicaid Direct de transferencia estará mejor posicionada para determinar si la circunstancia específica de un Miembro requiere una sesión informativa formal de traspaso “amable”.

⁶ V1.1 Nota: En vistas de un volumen superior al previsto, el Departamento modificó el alcance de la población de Miembros de alta necesidad el 8 de junio de 2021: a) priorizó el seguimiento a los miembros de PCS autorizados por 91 horas o más; retiró a los residentes de los centros de enfermería del alcance de seguimiento; los miembros elegibles para el Plan personalizado que eligieron inscribirse en el Plan estándar fueron eliminados más tarde debido a un cambio en la dirección del Departamento para retrasar la inscripción de los Miembros elegibles para el Plan personalizado en el Plan Estándar PHP el 7/1/2021.

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 y 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 lanzamiento de NC Medicaid Managed Care.

Servicios clave Los servicios clave son definidos por el Miembro, el PHP 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 de conducta 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, ingresar y utilizar archivos de reclamaciones, encuentros, archivos de bloqueo de farmacia y archivos de datos de autorizaciones previas identificados en la *Transición de atención médica: Descripción general de la implementación técnica y cronograma* y orientación posterior.
- Los PHP tienen la capacidad de aceptar, ingresar 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 de PA del PHP patrocinada por el Departamento.
 - Establecer la funcionalidad necesaria para aceptar las llamadas de traspaso “amable” de los proveedores de administración de la utilización y recibir una solicitud de PA por teléfono.
 - Proporcionar los datos correspondientes tal y como se indica en la sección *Requisitos de traspaso: presentación de informes* del 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* del 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 trasposos “amables” comenzarán tres semanas antes del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care y deberán completarse en un plazo de una semana como máximo después del lanzamiento.

- Los PHP proporcionan un seguimiento acelerado después del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care 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 lanzamiento de NC Medicaid Managed Care 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 presentación de informes de la Política de TOC del Departamento.

Requisitos de traspaso: Administración del NEMT

Requisitos

- Los PHP comienzan a aceptar las solicitudes de programación del NEMT para las citas posteriores al lanzamiento de NC Medicaid Managed Care de los Miembros inscritos a más tardar un mes antes del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care.

Requisitos de traspaso: cumplimiento con las PA de pago por servicio existentes y activas dentro de los 90 días del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care

Requisitos

- Para garantizar la continuidad de la atención de los Miembros, el PHP debe cumplir con las PA existentes y activas archivadas en NC Medicaid o NC Health Choice durante, como mínimo, los primeros 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 FFS y las LME/MCO de salud del comportamiento seguirán recibiendo solicitudes de PA hasta las 11:59 p. m. antes del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care y procesarán esas solicitudes según sus procesos estándar y acuerdos de nivel de servicio (Service-Level Agreements, SLA) incluso si el procesamiento continúa después del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care. En consecuencia, el PHP puede recibir PA de FFS adicionales en el archivo de transferencia de PA incremental después del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care. El PHP

aceptará estas PA de FFS durante los primeros 90 días después del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care, siguiendo los requisitos y protocolos relacionados establecidos para las PA de FFS.

- Para las nuevas solicitudes de PA presentadas por los proveedores al PHP en el lanzamiento de NC Medicaid Managed Care o posteriormente, se aplicarán los requisitos de administración de utilización estándar y las asignaciones especificadas en los contratos del PHP. Las nuevas solicitudes de PA 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 lanzamiento de NC Medicaid Managed Care aplicable.
- Durante los primeros 60 días después del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care, 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.⁷ A menos que el Miembro tenga una afección especial en curso o esté bajo un tratamiento continuo en curso. En estas circunstancias, el PHP seguirá los plazos previstos en N.C. Gen. Stat. § 58-67-88(d), (e), (f) y (g).⁸
- 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 lanzamiento de NC Medicaid Managed Care y dados de alta después del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care, NC Medicaid Direct pagará las reclamaciones asociadas a los DRG.

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

⁷ Consultar el contrato del Plan estándar en la Solicitud de propuesta revisada y reiterada RFP 30-190029-DHB sección V. Alcance de los servicios, página 88 de 214

⁸ V1.1 Nota: El Departamento modificó este requisito a través de comunicaciones posteriores, consultar comunicación del 7 de julio de 2021 [Flexibilidad del plan de salud prepago para autorizaciones previas durante los primeros 60 días después del lanzamiento de Managed Care](#); consultar la comunicación del 27 de agosto de 2021 [Disposiciones de la red extendidas hasta septiembre](#)

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 NC Medicaid Managed Care, 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 TOC del PHP reflejará cómo el PHP supervisará la implementación y la actividad continua relacionada con los requisitos identificados en el 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: Presentación de informes* del Apéndice.

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 vigentes en el lanzamiento de NC Medicaid Managed Care.
 - Utilización de la unidad de PA posterior al lanzamiento de NC Medicaid Managed Care.
 -

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, según lo determine el Departamento.

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

- 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 previa al lanzamiento de NC Medicaid Managed Care de citas NEMT posteriores al lanzamiento de NC Medicaid Managed Care.
- 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

- En general, la actividad del PHP se rige por la sección de *Quejas y apelaciones de los Miembros* del RFP revisado y reformulado.⁹
- El PHP y el Departamento seguirán cualquier orden dictada por la Oficina de Audiencias Administrativas (Office of Administrative Hearings, OAH) u otro tribunal.

⁹ Consultar el contrato del Plan estándar en la Solicitud de propuesta revisada y reformulada RFP 30-190029-DHB sección V. Alcance de los servicios, página 35 de 214

Consideraciones relacionadas con las apelaciones en el traspaso

Requisito: Procesamiento de PA previo al lanzamiento de NC Medicaid Managed Care

Los proveedores de administración de utilización (*o el personal estatal, según corresponda*) seguirán recibiendo solicitudes de PA hasta las 11:59 antes del lanzamiento (o implementación) de NC Medicaid Managed Care y procesarán esas solicitudes según sus procesos estándar y SLA.

- Si el proceso de revisión de la PA se extiende más allá del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care y se autoriza, el PHP cumplirá por la duración de la autorización o 90 días después del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care, lo que ocurra primero.
- Si el proceso de revisión de la PA se extiende más allá del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care, 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.

Requisito: Mantenimiento del servicio (Maintenance of Service, MOS)

Si el mantenimiento del servicio (MOS) de FFS está en vigor para un Miembro en el lanzamiento de NC Medicaid Managed Care, para un servicio cubierto por el PHP, el PHP es financieramente responsable de los servicios posteriores al lanzamiento de NC Medicaid Managed Care proporcionados en virtud del MOS hasta que el PHP reevalúe y apruebe el servicio o emita su propia decisión adversa con derechos de apelación.

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)

- Si el MOS/COB es para un servicio *no* 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.

Declaración de posición: Solicitudes de PA retroactivas

Si un proveedor presenta una PA *retroactiva* 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.

Requisito: En relación con la Declaración de posición: Solicitudes de PA retroactivas

- 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
- 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: El PHP aceptará las PA de FFS después del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care

El PHP debe aceptar las PA abiertas de FFS durante los primeros 90 días después del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care o hasta la fecha en que la PA venza o concluya, si es antes del día 90 después de la fecha de lanzamiento/implementación de NC Medicaid Managed Care.

Requisito: Derechos de apelación sobre servicios autorizados terminados o reducidos antes del lanzamiento de NC Medicaid Managed Care.

Si un PHP termina/reduce un servicio autorizado de FFS 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 FFS 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 (I/DD) o, antes del lanzamiento del Plan a medida de Salud del comportamiento 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, pero que deciden hacerlo; y
2. miembros del Plan estándar que pueden ser elegibles para el Plan a medida 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 NC Medicaid Managed Care sobre 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).
3. De acuerdo con la legislación relacionada.

Definiciones

Plan a medida de salud del comportamiento I/DD:

Los Planes a medida 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 y lesiones cerebrales traumáticas (Traumatic Brain Injuries, 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 seguirán teniendo cobertura a través del sistema actual de NC Medicaid Direct/LME/MCO.¹⁰

¹⁰ [nc.gov/ncdhhs/medicaid/BH-IDD-TP-Eligibility-Enrollment-Update-FINAL-20190716.pdf](https://www.nc.gov/ncdhhs/medicaid/BH-IDD-TP-Eligibility-Enrollment-Update-FINAL-20190716.pdf)

Elegible para el Plan a medida de salud del comportamiento I/DD/cumplimiento de los criterios del plan a medida: Los beneficiarios que son elegibles y se inscriben automáticamente en un Plan a medida (o NC Medicaid Direct/LME/MCO antes del lanzamiento del Plan a medida) y cumplen con los criterios establecidos en *el APÉNDICE B, CRITERIOS DEL PLAN A MEDIDA de salud del comportamiento I/DD de elegibilidad e inscripción en el Plan a medida de salud del comportamiento y discapacidad intelectual/del desarrollo de NC Medicaid Managed Care, actualizado el 2 de agosto de 2019 y nuevamente el 2 de febrero de 2021.*¹¹

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.¹²

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 o antes del lanzamiento del Plan a medida, para NC Medicaid Direct debido a la necesidad de servicios prestados por la LME/MCO.¹³

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 o LME/MCO antes del lanzamiento del Plan a medida, 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 o 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 se inscriben por defecto en la LME/MCO hasta el lanzamiento de los Planes a medida de salud del comportamiento I/DD, pero tendrán la opción de inscribirse en un PHP del Plan

¹¹ [nc.gov/ncdhhs/medicaid/BH-IDD-TP-EligibilityUpdate-AppendixB-REVFINAL-20190802.pdf](https://www.ncdhhs.gov/ncdhhs/medicaid/BH-IDD-TP-EligibilityUpdate-AppendixB-REVFINAL-20190802.pdf)
[nc.gov/ncdhhs/BH-IDD-TP-Eligibility-Enrollment-Update-02.02.2021.pdf](https://www.ncdhhs.gov/ncdhhs/BH-IDD-TP-Eligibility-Enrollment-Update-02.02.2021.pdf)

¹² [nc.gov/ncdhhs/medicaid/BH-IDD-TP-EligibilityUpdate-AppendixB-REVFINAL-20190802.pdf](https://www.ncdhhs.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*.

¹³ Puede encontrar una descripción adicional en:
[nc.gov/ncdhhs/medicaid/BH-IDD-TP-Eligibility-Enrollment-Update-FINAL-20190716.pdf](https://www.ncdhhs.gov/ncdhhs/medicaid/BH-IDD-TP-Eligibility-Enrollment-Update-FINAL-20190716.pdf)

estándar.¹⁴ Los miembros que son elegibles para el Plan a medida, pero que han elegido inscribirse en un Plan estándar serán identificables en el Archivo de Elegibilidad 834. Los Miembros elegibles del Plan a medida 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 estableció las siguientes vías para identificar a los Miembros del Plan estándar que pueden ser atendidos de manera más apropiada bajo el Plan a medida (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 salud del comportamiento I/DD.
 - Miembros que experimentan otros eventos que califican, como se refleja en la definición de “elegible” del Plan a medida dentro del 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 (o solo por NC Medicaid Direct/LME/MCO antes del lanzamiento del Plan a medida).
- Para ayudar a los Miembros que puedan ser elegibles para los Planes a medida, el Plan estándar capacitará a los administradores de atención en los servicios disponibles sólo a través de los Planes a medida, los criterios de elegibilidad del Plan a medida de salud del comportamiento I/DD y el proceso para que un inscrito que necesita un servicio que está disponible solo a través de los Planes a medida se transfiera a un Plan a medida.
- El Plan estándar establecerá políticas y procedimientos internos para ayudar a los Miembros que puedan ser elegibles para los Planes a medida y para apoyar a aquellos que decidan transferirse durante la transición a los Planes a medida o LME/MCO antes del lanzamiento del Plan a medida. Como mínimo, estas políticas y procedimientos deberán estar en consonancia con la política general de TOC 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 los Apéndices de esta

¹⁴ [Orientación final de la política de NC Medicaid Managed Care sobre elegibilidad e inscripción en el Plan a medida de salud del comportamiento y discapacidad intelectual/del desarrollo](#)

pág. 6. Los beneficiarios de Medicaid inscritos en las exenciones de innovaciones y de lesión cerebral traumática deberán darse de baja de sus exenciones antes de inscribirse en los Planes estándar.

Política.

- 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 médica para los miembros de atención administrada* de la Política de TOC.
- Los planes estándar deben proporcionar los servicios de salud del comportamiento o I/DD del plan estatal de Medicaid de Carolina del Norte sujetos a la EPSDT que normalmente solo se ofrecen por los planes a medida 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.
- 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 (pero no en los Planes estándar), y el servicio cumple con 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 NC 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 la manera especificada por el Departamento.
- Para todos los Miembros a los que se hace referencia en el Apéndice que hacen la transición a una LME/MCO o a un Plan a medida, 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 RFP 30-190029-DHB, sección V.C.4* y la Política de TOC. Todos los requisitos aplicables se reflejarán en la Política de TOC del Departamento.

Apéndice C

Requisitos de la transición de la atención médica para las determinaciones de servicio

Para garantizar la continuidad de la atención médica para las determinaciones adversas afectadas por la transición de un Miembro, el PHP cumplirá con los siguientes requisitos.

A. Requisitos generales

1. En general, las apelaciones del PHP y la actividad de las audiencias estatales imparciales (State Fair Hearings, SFH) se rigen por *la sección de Quejas y apelaciones de los Miembros del RFP revisado y reformulado*.¹⁵
2. El PHP y el Departamento seguirán cualquier orden dictada por la OAH u otro tribunal.
3. Como se especifica en esta Política, el PHP comunicará el estado de cualquier determinación adversa de beneficios abierta y las apelaciones y SFH relacionadas como parte del contenido de su archivo de transición.
4. El PHP y el Departamento deben cumplir con todos los requisitos estatales y federales aplicables.
5. La EPSDT puede modificar las posiciones establecidas en este Apéndice.

B. Requisitos cuando un Miembro hace la transición de un PHP a otro

1. Solicitudes de PA presentadas antes de la transición del Miembro.

Si una solicitud de PA se presenta antes de la fecha de transición del Miembro, el PHP actual del Miembro la revisará siguiendo los plazos establecidos en los SLA y en los requisitos de TOC.

- a) Para las solicitudes iniciales¹⁶ con una fecha de inicio de solicitud previa a la transición, el PHP revisará y aprobará o tomará una determinación adversa con derechos de apelación.

- (1) Si la apelación del Miembro con el PHP de origen está activa en la transición, el proceso de apelación continúa, aunque es posible que el PHP de origen no pueda emitir una determinación debido a las fechas de servicio de la solicitud. Si no puede emitir una determinación, el PHP de origen comunicará su posición a través de una Notificación de decisión/resolución con derechos de apelación de SFH. El PHP de origen incluirá en su comunicación instrucciones para volver a enviar la solicitud al nuevo PHP del Miembro.
- (2) Si la SFH está activa en la transición, el proceso de apelación continúa, aunque es posible que el PHP de origen no tenga autoridad sobre los servicios del

¹⁵ Consultar el contrato del Plan estándar en la Solicitud de propuesta revisada y reformulada RFP 30-190029-DHB sección V. Alcance de los servicios, página 35 de 214

¹⁶ Solicitudes iniciales: solicitudes que no se aprobaron previamente (ya sea que los servicios en sí sean continuos o limitados)

Miembro. El PHP de origen comunicará su posición a través del proceso de la SFH y también instruirá al Miembro a que vuelva a enviar la solicitud al nuevo PHP del Miembro.

- b) Para las solicitudes Iniciales con una fecha de inicio de solicitud posterior a la desafiliación del Miembro de un PHP a otro PHP o a NC Medicaid Direct (es decir, todo el período de autorización requerido se produce después de la transición del Miembro a un nuevo PHP o a NC Medicaid Direct) que se envía después de la fecha de transición conocida (fecha de notificación), el PHP actual no está obligado a procesar la solicitud, pero debe notificar al Miembro que no puede hacerlo y comunicar esta posición al proveedor.
- c) Para las solicitudes iniciales enviadas con fecha de inicio posterior a que finalice la elegibilidad de Medicaid del Miembro, el PHP revisará y procesará la solicitud en función de la necesidad médica, en caso de que se extienda la elegibilidad de Medicaid del Miembro. El pago por parte del PHP por los servicios prestados puede estar supeditado al estado de inscripción de atención médica administrada del Miembro en la fecha del servicio.
- d) Para una solicitud de reautorización de servicio¹⁷ con fecha de solicitud de reautorización previa a la transición, el PHP revisará el plazo y aprobará o tomará una determinación adversa con derechos de apelación.
 - (1) Si durante la transición o después de ella, un Miembro ha solicitado oportunamente la continuación de los beneficios (Continuation of Benefits, COB), el nuevo PHP del Miembro debe continuar los beneficios en el nivel originalmente autorizado hasta que reevalúe al Miembro y emita su propia determinación o hasta el final del período de autorización de beneficios, lo que ocurra primero.
 - (2) Si durante la transición un Miembro se encuentra dentro del plazo para solicitar el COB, el nuevo PHP del Miembro debe continuar los beneficios en el nivel originalmente autorizado hasta el final del plazo de solicitud de COB.
 - (3) Si durante la transición un Miembro se encuentra dentro del plazo para solicitar el COB, el nuevo PHP del Miembro debe continuar los beneficios en el nivel originalmente autorizado hasta el final del plazo de solicitud de COB.
 - (4) Si después de la transición el nuevo PHP del Miembro, al reevaluar al Miembro, también elige reducir o terminar el beneficio, el nuevo PHP debe emitir una Notificación de determinación adversa de beneficios con derechos de apelación y un nuevo plazo de COB. Si el Miembro apela y solicita oportunamente el COB en virtud del nuevo plazo, el Miembro conservará el nivel original de servicio autorizado hasta que se resuelva la apelación.

¹⁷ Solicitud de reautorización del servicio: solicitudes en las que existe una aprobación previa y abierta para un servicio y la determinación adversa potencialmente resultará en una implicación continua del servicio

- (5) Si la apelación del Miembro con el PHP de origen está activa en la transición, el proceso de apelación continúa, aunque es posible que el PHP de origen no pueda emitir una determinación debido a las fechas de servicio de la solicitud. Si no puede emitir una determinación, el PHP de origen comunicará su posición a través de una Notificación de decisión/resolución con derechos de apelación de SFH. El PHP de origen incluirá en su comunicación que los beneficios del Miembro se han transferido al nuevo PHP y reformulará las expectativas del Estado de que el nuevo PHP del Miembro mantenga el COB solicitado oportunamente hasta que el nuevo PHP lo reevalúe y tome una determinación.
 - (6) Si la SFH está activa en la transición, el proceso de apelación continúa, aunque es posible que el PHP de origen no tenga autoridad sobre los servicios continuos del Miembro. El PHP de origen comunicará su posición a través del proceso de la SFH. A través del proceso de SFH, el PHP de origen también informará a Miembro que los beneficios se han transferido al nuevo PHP y reformulará las expectativas del Estado de que el nuevo PHP del Miembro mantenga el COB solicitado oportunamente hasta que el nuevo PHP lo reevalúe y decida.
- e) Para una solicitud de reautorización de servicio con una fecha de solicitud de reautorización posterior a la desafiliación del Miembro de un PHP (es decir, todo el período de solicitud de reautorización se produce después de la transición del Miembro) que se envía después de la fecha de transición conocida del Miembro (fecha de notificación), el PHP no está obligado a procesar la solicitud, pero debe notificar al Miembro que no puede hacerlo y comunicar esta posición al proveedor.
- (1) De acuerdo con los requisitos de transferencia de datos de transición de atención médica del Departamento, la autorización actual se transferirá al nuevo PHP del Miembro. Tras la transición, el nuevo PHP del Miembro tomará una determinación independiente.
2. Autorizaciones previas enviadas erróneamente al PHP anterior de un Miembro para las fechas de servicio de la transición del Miembro o posteriores a esta
- a) Si se envía una solicitud de PA al PHP anterior de un Miembro después de la fecha de transición del Miembro, el PHP anterior del Miembro rechazará la PA sin revisarla y reorientará al remitente para que la envíe al PHP actual del Miembro.
 - (1) Este rechazo no origina derechos de apelación.
3. Autorización previa retroactiva presentada al PHP anterior del Miembro para las fechas de servicio en las que el Miembro estaba afiliado al PHP anterior
- a) A excepción de los servicios basados en DRG, el PHP anterior del Miembro revisará la solicitud retroactiva de PA para las fechas en las que el miembro estaba afiliado.

- b) Si no la aprueba, el PHP del Miembro debe emitir una Notificación de determinación adversa de beneficios con derechos de apelación para las fechas de servicio dentro de su período de cobertura.

4. Apelaciones de desafiliación del PHP involuntaria

- a) Un Miembro que haya experimentado una desafiliación del PHP involuntaria iniciada puede apelar la determinación siguiendo los procesos establecidos en el contrato del PHP.
- b) El PHP seguirá los requisitos de transición de atención médica aplicables para los Miembros que hacen la transición debido a la desafiliación involuntaria y al resultado de las apelaciones relacionadas.

C. Requisitos para un Miembro que se desafilia de NC Medicaid Direct (que incluye LME/MCO)

1. Para los Miembros que se desafilian de NC Medicaid Direct, que incluye LME/MCO, el PHP deberá seguir los requisitos para procesar las solicitudes iniciales establecidos en la sección *Requisitos para un Miembro que hace la transición de un PHP a otro* del Apéndice.
 - a) Si la determinación adversa del PHP se realiza con derechos de COB, se aplica el plazo de COB del PHP de 10 días, incluso si el Miembro está haciendo la transición a NC Medicaid Direct.
2. Para las solicitudes de autorización de servicio enviadas erróneamente al PHP después de la transición del Miembro, el PHP deberá seguir los requisitos para las presentaciones erróneas establecidos en la sección *Requisitos para un Miembro que hace la transición de un PHP a otro* de este Apéndice.

D. Cuando la desafiliación de NC Medicaid Direct da como resultado una reducción de los servicios autorizados por el PHP

1. Como política general, las horas o unidades restantes para un servicio autorizado por un PHP y cubierto por NC Medicaid Direct se transferirán con el Miembro que hace la transición hasta el límite de beneficios de NC Medicaid Direct.
2. Si un Miembro hace la transición con horas no utilizadas o unidades que exceden el límite de beneficios de NC Medicaid Direct, las horas o unidades disponibles se ajustarán en la transición para alinearse con los límites de beneficios de Medicaid aplicables.

Apéndice D

Transición de la atención médica: Flexibilidad de proveedores fuera de la red para la atención de los recién nacidos

Confirmado el 15 de marzo de 2021 y comunicado en [Elegibilidad de atención médica administrada para recién nacidos: Lo que los proveedores deben saber](#):

- A un recién nacido se le asigna un plan de salud retroactivo al primer día del mes de nacimiento. El proveedor debe presentar reclamaciones a la tarjeta del recién nacido una vez que se emite la tarjeta. El plan de salud asignado tiene la responsabilidad de cubrir todos los costos incurridos desde el nacimiento. Si al recién nacido se le asigna el plan de salud de la madre (o hermano), ese familiar tiene 90 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la afiliación al plan de salud para cambiar su plan.
- Si el recién nacido cambia de plan, el nuevo plan de salud sería responsable a partir del primer día del mes siguiente (cuando la nueva afiliación entra en vigor).
- Los planes de salud tratarán a todos los proveedores fuera de la red de la misma manera que a los proveedores dentro de la red para los fines de PA y pagarán a los proveedores fuera de la red la tarifa de NC Medicaid Direct por los servicios prestados antes de la primera de las siguientes fechas:
 1. 90 días a partir de la fecha de nacimiento del recién nacido, o
 2. la fecha en la que el plan de salud está comprometido* y ha hecho la transición del niño a un PCP u otro proveedor de la red.

* En el párrafo anterior, “comprometido” hace referencia a que el PHP ha asignado al recién nacido a un PCP de la red y el recién nacido ha visitado ese PCP de la red. Una vez que el recién nacido visita a su PCP de la red, esta disposición terminaría, incluso si la visita ocurre antes de los 90 días posteriores a la fecha de nacimiento del recién nacido. Esta disposición cubre toda la atención médicamente necesaria proporcionada por cualquier proveedor de atención médica, no solo los proveedores de atención primaria, que incluye hospitales o instalaciones. Cuando un niño está afiliado a un plan de salud, ese plan de salud será visible para los proveedores cuando confirmen la elegibilidad del niño. Los proveedores deben facturar al plan de salud al que el niño está afiliado, independientemente de si están dentro o fuera de la red. Los proveedores deben saber que es posible que, al principio, obtengan un rechazo, pero la mayoría de los planes de salud tienen una revisión de circunstancias atenuantes que permitirá el pago. Los proveedores deben trabajar con los planes de salud para garantizar el pago.