



## Medicare Advantage 2021

Generalidades de los Special Needs Plans y el modelo de atención

# Antecedentes de los Special Needs Plans (SNP)

## 2003

- Los SNP se crearon como parte de la *Ley de Modernización de Medicare*

## 2011

- La *Ley de Protección al Paciente y de la Atención de Salud a Bajo Precio (ACA)* requería que todos los SNP presentaran modelos de atención (MOC); los MOC cumplen con un proceso de aprobación basado en los estándares de los CMS
- El NCQA debe revisar y aprobar los MOC

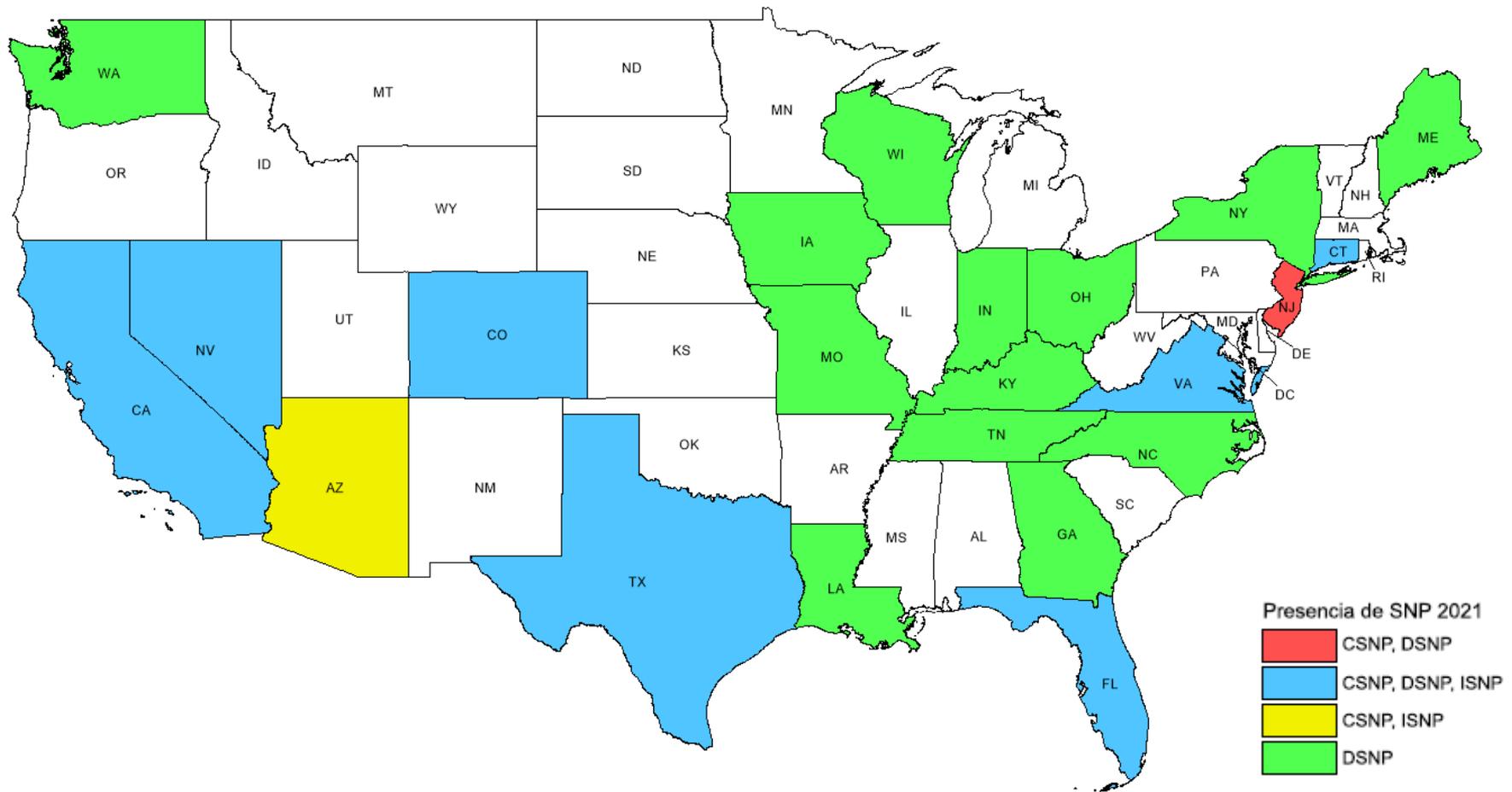
## 2019

- Con vigencia desde el 2021, los CMS redefinieron los tipos de D-SNP que requieren ya sea un Data Sharing, Highly Integrated Dual Eligible Plan (HIDE) o un Fully Integrated Dual Eligible Plan (FIDE)

# Tipos de Special Needs Plans

- Los Chronic Condition Special Needs Plans (C-SNP) son para afiliados con afecciones crónicas discapacitantes (categorías definidas por los CMS).
- Los Institutional Special Needs Plans (I-SNP) son para beneficiarios que se espera que residan durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (centro de enfermería especializada, centro de atención intermedia o centro de atención para pacientes hospitalizados).
- Los Institutional Equivalent Special Needs Plans (IE-SNP) son para personas que residen en su hogar o en un centro de vida asistida, pero que requieren un nivel de atención equivalente al de un centro a largo plazo.
- Los Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP) son para afiliados que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid.

# Presencia del Special Needs Plan 2021



# Chronic Condition Special Needs Plans (C-SNP)

- Los afiliados deben estar inscritos en Medicare.
- Podrían tener cobertura de Medicaid, pero no es un requisito.
  - Deben tener la afección que reúne los requisitos del plan C-SNP.
    - Tenemos los siguientes planes C-SNP:
      - Diabetes mellitus
      - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
      - Trastornos pulmonares crónicos
      - Trastornos cardiovasculares y/o insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
      - C-SNP para afecciones múltiples con combinación de dos o más de las afecciones anteriores
- La afección debe ser confirmada por un proveedor y es posible que se requieran formularios adicionales.
- En algunos de nuestros mercados, podríamos contratar vendedores o proveedores para administrar algunos de los elementos de MOC a nuestros afiliados de C-SNP.

# Institutional Special Needs Plans (I-SNP)

- Los afiliados deben estar inscritos en Medicare.
- Podrían tener cobertura de Medicaid, pero no es un requisito.
- En algunos de nuestros mercados, podríamos contratar vendedores o proveedores para administrar algunos de los elementos de MOC a nuestros afiliados de I-SNP.
- Los afiliados podrían estar en un centro o tener necesidades de atención comparables en la comunidad.
- Tienen múltiples afecciones crónicas.
- Requieren más comunicación y visitas personales.
- Interacción más frecuente por parte del Equipo de atención interdisciplinaria (ICT).

# Requisitos de los afiliados con doble elegibilidad para inscribirse

- Deben vivir en nuestras áreas de servicio, mantener los requisitos de elegibilidad y estar inscritos tanto en Medicare como en Medicaid.
- Podrían cambiar de plan una sola vez durante cada uno de los primeros tres trimestres del año.
- Podrían ser beneficiarios dobles completos o beneficiarios dobles parciales:
  - Los beneficiarios dobles completos son elegibles para beneficios de Medicaid.
  - Los beneficiarios dobles parciales solo son elegibles para recibir asistencia con algunas o todas las primas y los costos compartidos de Medicare.
  - Los estados establecen los niveles de activos para determinar el estado de los beneficiarios completos.

# Características de los afiliados con doble elegibilidad

- Características de los afiliados:
  - Subgrupo más vulnerable de afiliados de Medicare.
  - Más costoso de administrar.
  - Tienen más necesidades de atención de la salud.
- El 60% tiene múltiples afecciones/enfermedades crónicas.
- El 41% experimenta problemas de salud del comportamiento.
- Podrían ser mayores o menores de 65 años.
- Informan ingresos más bajos y estado de salud más precario en comparación con otros afiliados.
- Experimentan dificultades funcionales y podrían tener limitaciones para realizar actividades de la vida diaria y actividades prácticas de la vida diaria.

# Nuevas categorías de D-SNP para 2021

De acuerdo con la guía de los CMS, todos los D-SNP deben estar en una de las siguientes categorías a partir de 2021, según se define en el Contrato con la agencia estatal de Medicaid (SMAC).

Data Sharing D-SNP

Highly Integrated  
Dual Eligible D-SNP  
(HIDE)

No alineado

Highly Integrated  
Dual Eligible D-SNP  
(HIDE)

Exclusivamente  
alineado

Fully Integrated Dual  
Eligible SNP (FIDE)  
D-SNP

# Los D-SNP y los *Contratos con la agencia estatal de Medicaid*

- La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) requiere que los D-SNP tengan un Contrato con la agencia estatal de Medicaid (SMAC).
- Los acuerdos solo están vinculados al D-SNP en el mercado específico y no están vinculados a ningún otro producto que ofrecemos.
- El acuerdo debe especificar los beneficios, las protecciones de costos compartidos de los afiliados, el uso de datos compartidos sobre la elegibilidad de los afiliados y la información del proveedor.
- El estado puede imponer requisitos adicionales de coordinación, uso de datos compartidos e informes.
- El acuerdo también incluye requisitos de coordinación entre Medicare y Medicaid para ayudar a los afiliados.

# Data Sharing D-SNP

- Requisito de compartir datos sobre admisiones en centros para pacientes hospitalizados y de enfermería especializada con la agencia de Medicaid o su designada.
- La comunicación debe ocurrir en las primeras 48 horas a menos que se modifique en el SMAC.
- Algunos estados tendrán requisitos adicionales para el uso compartido de datos.

# Fully Integrated Dual Eligible (FIDE) D-SNP

- Los planes FIDE se consideran planes integrados.
- Proporcionan beneficios de Medicare y Medicaid en un solo plan.
- Deben incluir beneficios de servicios y apoyos a largo plazo (si el afiliado cumple con las pautas estatales de elegibilidad).
- Los estados pueden excluir del contrato de FIDE los beneficios de salud del comportamiento de Medicaid.
- Los afiliados tendrán una tarjeta de identificación para acceder a los servicios de Medicare y Medicaid.
- Materiales y procesos integrados.

# Highly Integrated Dual Eligible (HIDE) D-SNP (no alineado)

- HIDE D-SNP no alineado:
  - Proporciona a los afiliados y a la prestadora de Medicaid datos para la coordinación y la cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare y/o beneficios adicionales de Medicaid (ya sea servicios y apoyos a largo plazo o salud del comportamiento).
  - Los afiliados podrían estar inscritos con nosotros tanto para Medicare como para Medicaid o podrían estarlo en una Agencia estatal de Medicaid u otra MCO para los beneficios de Medicaid.
  - Podría inscribir a dobles parciales (afiliados que no tienen los beneficios completos de Medicaid).

# Highly Integrated Dual Eligible (HIDE) D-SNP (alineado)

- HIDE D-SNP exclusivamente alineado:
  - Considerado como plan integrado.
  - Proporciona a los afiliados y a la prestadora de Medicaid datos para la coordinación y la cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare y/o beneficios adicionales de Medicaid (ya sea servicios y apoyos a largo plazo o salud del comportamiento).
  - Proporciona beneficios de Medicare y Medicaid en un solo plan.
  - Tendrá una tarjeta de identificación para acceder a los beneficios de Medicare y Medicaid.
  - No incluirá a dobles parciales.

# Coordinación de la atención para afiliados de D-SNP

- Cuando los afiliados con doble elegibilidad necesitan atención o acceder a los beneficios, es responsabilidad de todos ayudar en la coordinación de la atención.
- Lo siguiente ayudará en la coordinación de la atención y en la administración de los asuntos de facturación y servicios:
  - Los afiliados con doble elegibilidad (a menos que sean FIDE o HIDE alineado) deben mostrar tanto la tarjeta de identificación del plan como la de Medicaid a todos los proveedores.
  - Verifique la cobertura de Medicaid antes de facturar.
    - En algunos tipos de doble elegibilidad, los CMS prohíben la facturación del saldo.
  - Conozca qué servicios están cubiertos por ambos planes.
  - Acceda a herramientas e información en el sitio web del proveedor, incluyendo:
    - Información sobre beneficios.
    - Resultados de la evaluación de riesgos de la salud y el plan de atención del afiliado.
    - Información sobre transiciones.
    - Medicamentos.

# Qué incluye el Modelo de Atención

Descripción de  
la población

Coordinación de  
la atención

Red de  
proveedores

Medición de la  
calidad y mejora  
del rendimiento

# Componentes del programa

Herramientas/  
procesos



Metas/resultados

Evaluación de riesgos de la salud  
Administración de la atención  
Administrar transiciones de la atención  
Planes de atención individualizados  
Equipo de atención interdisciplinaria  
Planes de beneficios especializados con  
beneficios complementarios

Coordinación de la atención  
Educación del afiliado  
Continuidad de la atención  
Estratificación de la complejidad  
Transiciones integradas o mejoradas  
Identificación de servicios necesarios  
Resultados mejorados

Nuestro Special Needs Plan (SNP) está diseñado para optimizar la salud y el bienestar de nuestros afiliados ancianos, vulnerables y crónicamente enfermos.

# Evaluación de riesgos de la salud (HRA)

- Completada en un plazo de 90 días a partir de la inscripción y repetida anualmente.
- Se realizan intentos múltiples y continuos para contactar al afiliado, incluyendo telefónicamente, por correo, a través de comunicación de los proveedores, en persona o electrónicamente.
- Evalúa áreas físicas, del comportamiento, cognitivas, psicosociales y funcionales.
- Se usa para ayudar a crear el plan de atención individualizado (ICP) del afiliado.
- Es una parte importante de la coordinación de la atención.
- Se pueden realizar evaluaciones adicionales sobre la base de un cambio significativo en la afección, las necesidades específicas de la enfermedad o la inscripción en otros programas.
- Ayuda a identificar a los afiliados con necesidades más urgentes.
- Contiene información autoinformada por los afiliados.
- Los resultados pueden llevar a referencias para otros programas.
- Los resultados están disponibles para los proveedores y los afiliados en el portal seguro.

# Plan de atención individualizado (ICP)

- Al trabajar con el afiliado y el Equipo de atención interdisciplinaria (ICT), el administrador de casos ayuda a desarrollar el ICP para cada afiliado del SNP.
- Tiene metas e intervenciones específicas para afiliados, abordando problemas identificados durante el proceso de la HRA y otras interacciones del equipo.
- Nuestro equipo podría comunicarse con su oficina para obtener información actualizada de contactos de aquellos afiliados a los que no podemos localizar o para coordinar las necesidades de atención de su paciente.
- Usted tiene acceso a los resultados de la HRA y al ICP a través del portal seguro de proveedores.
- Incluye las preferencias de los afiliados y los objetivos personales, según corresponda.
- Se actualiza a medida que cambian las necesidades del afiliado.

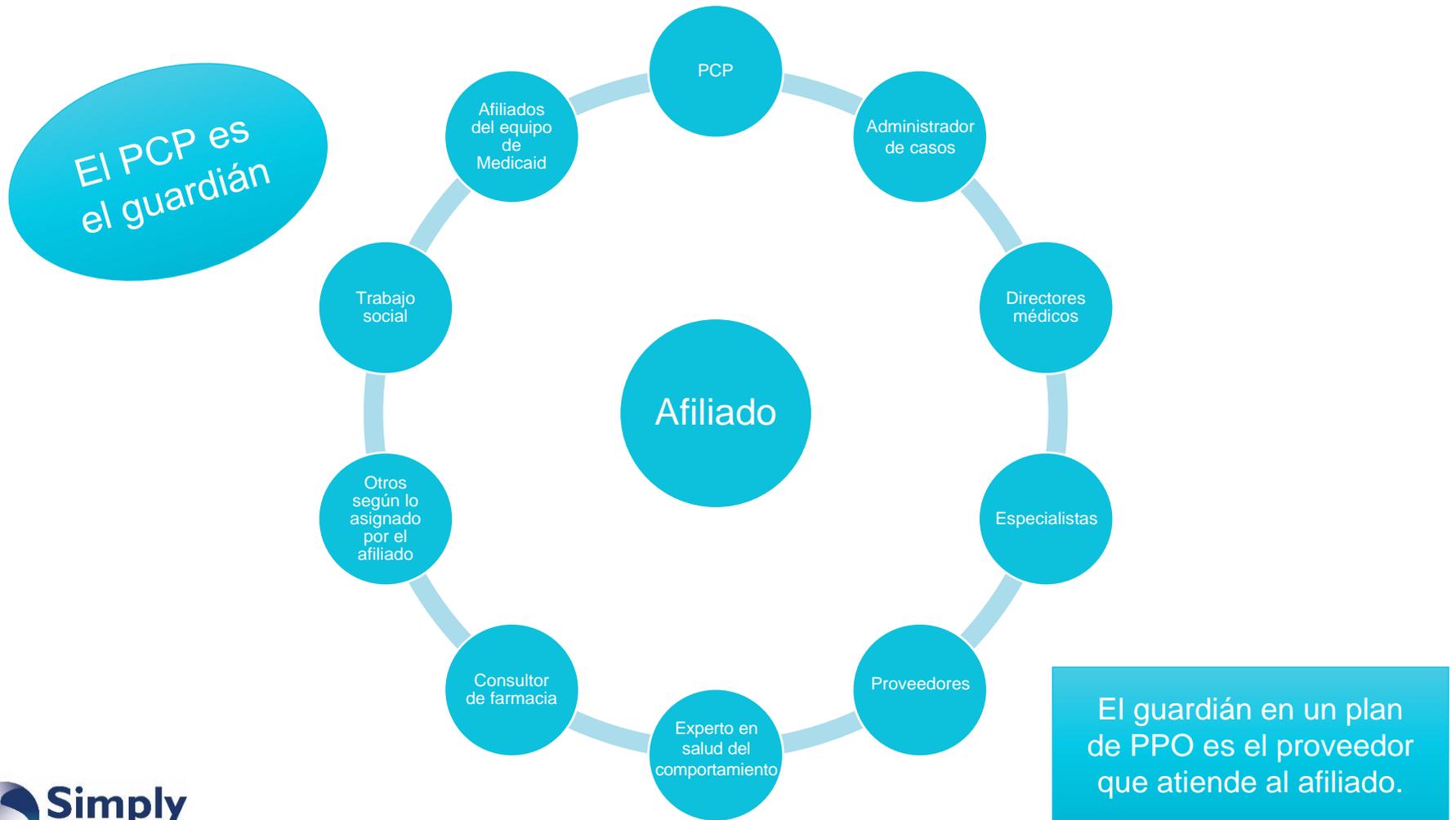
# Equipo de atención interdisciplinaria (ICT)

- Cada afiliado tiene un equipo de atención.
- La atención se coordina con el afiliado, el PCP del afiliado y otros participantes del ICT del afiliado.
- Los miembros del ICT son responsables de revisar los planes de atención, colaborar con múltiples proveedores, coordinar con otras prestadoras (Medicaid) y ayudar a acceder a los recursos comunitarios.
- La estructura y frecuencia del ICT se basan en la preferencia del afiliado, las necesidades identificadas y la complejidad.
- El PCP o el proveedor que lo atiende (si el plan no requiere la selección de un PCP) es un afiliado clave del ICT responsable de coordinar la atención y administrar las transiciones.
  - Otras responsabilidades del proveedor incluyen comunicar las opciones de tratamiento, defender, informar y educar a los afiliados, realizar evaluaciones, diagnosticar/tratar y acceder a información en el portal.

# Responsabilidades adicionales del proveedor

- Comunicarse y participar con los administradores de la atención, afiliados del ICT, afiliados y cuidadores.
- Colaborar en el desarrollo del ICP.
- Revisar y responder a la comunicación específica del paciente.
- Revisar los resultados de la HRA y el ICP en el portal seguro de proveedores.
- Recordarle al afiliado la importancia de la HRA.
- Animar al afiliado a trabajar con su consultorio, el equipo de atención, asistir a todas las citas y cumplir con los planes de tratamiento.
- Completar la capacitación del SNP anualmente y durante la incorporación.
- Coordinar la atención con Medicaid cuando corresponda.

Nuestros socios proveedores son una parte invaluable del equipo de atención.



# Comunicación y transiciones de la atención

- Estamos comprometidos con una comunicación eficaz y eficiente con usted.
  - La información valiosa sobre la utilización del afiliado, las transiciones y la administración de la atención está disponible para usted en el portal seguro para proveedores.
  - Usted podría comunicarse con el equipo de atención llamando al número proporcionado en cualquier correspondencia nuestra o al número que aparece en la tarjeta de identificación del afiliado.
- Los afiliados de los SNP generalmente tienen muchos proveedores y podrían hacer la transición hacia y fuera de instituciones de atención de la salud. Los proveedores son clave para una coordinación exitosa de la atención durante las transiciones.
  - Contáctenos si desea que nuestro equipo lo ayude a coordinar la atención de su paciente.
  - Nuestro equipo de atención podría ponerse en contacto con usted y su paciente en momentos de transición para garantizar que se satisfagan las necesidades, se coordinen los servicios, se abastezcan las recetas y se tomen los medicamentos correctamente.
  - Los protocolos de transición de la atención están documentados en el manual del proveedor.
  - Los afiliados también podrían comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda.

# Resultados de desempeño y calidad

- Se recopilan, analizan e informan las mediciones de desempeño, calidad y resultados de salud para evaluar la eficacia del MOC. Estas mediciones son utilizadas por nuestro Quality Management Program e incluyen las siguientes mediciones:
  - Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS®): utilizado para medir el desempeño en las dimensiones de la atención y el servicio
  - Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS®): encuesta de satisfacción del afiliado
  - Health Outcomes Survey (HOS): utilizada para recopilar datos válidos, confiables y clínicamente significativos del estado de salud por parte de la población para usarlos en actividades de mejora de la calidad, pago por desempeño, supervisión de programas, informes públicos y para mejorar la salud
  - Elementos de informe de la Part C de los CMS, incluida la utilización de beneficios, eventos adversos, determinaciones organizacionales y frecuencia de procedimientos
  - Medidas de la medición de la terapia con medicamentos
  - Proyectos clínicos y administrativos/de calidad de los servicios



HEDIS® es una marca comercial registrada del National Committee for Quality Assurance (NCQA).  
CAHPS® es una marca comercial registrada de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

# Evaluación de programas y mejoras de procesos

- Se deben establecer metas medibles para evaluar el desempeño de los planes de SNP en las siguientes áreas:
  - Mejorar el acceso y la asequibilidad de las necesidades de atención de la salud.
  - Mejorar la coordinación de la atención y la prestación de servicios.
  - Mejorar las transiciones de la atención en los entornos de atención de la salud.
  - Garantizar el uso adecuado de los servicios de salud preventiva y afecciones crónicas.

# Evaluación de programas y mejoras de procesos (cont.)

- A continuación, se muestran algunas áreas que monitoreamos para mejorar la atención que reciben nuestros afiliados:
  - Adecuación de nuestra red
  - Nuestras tasas de finalización de la HRA, desarrollo de planes de atención para afiliados y realización de una revisión del ICT
  - Tarifas de ciertos servicios de atención preventiva y control de afecciones crónicas
  - Frecuencia de la atención de seguimiento después del alta
  - Visitas al PCP
  - Tarifas de utilización de las admisiones a las ER y a hospitales
- Anualmente se realiza una evaluación del programa y se comunican los resultados.

# Copagos de D-SNP en niveles de subsidio por bajos ingresos (LIS)

- Todos nuestros D-SNP cubren los medicamentos recetados de Medicare Part D.
- Los siguientes niveles de LIS los determina el gobierno federal.
- El costo compartido real de los medicamentos recetados cubiertos de la Part D bajo el plan podría ser menor.
- Los afiliados de D-SNP nunca pagan más que el beneficio presentado, la cobertura estatal o el costo real del medicamento.
- Se podrían aplicar autorización previa, terapia escalonada o determinaciones B vs. D.
  - Consulte el formulario para conocer los medicamentos recetados cubiertos por el plan.
- Si no hay LIS, el afiliado paga lo menor del beneficio presentado o el costo del medicamento.
- Los afiliados de D-SNP pueden pagar \$0 o una prima reducida por la cobertura de la Part D, dependiendo del nivel de subsidio de la prima de LIS (100%, 75%, 50%, 25%, 0%).

Nivel de LIS	Deducible de la Part D	Copago genérico	Copago de marca
1	Cubierto	\$3.70	\$9.20
2	Cubierto	\$1.30	\$4
3	Cubierto	\$0	\$0
4	Parcialmente cubierto	15%	15%

# Cómo están estructurados nuestros D-SNP

- Para los beneficiarios calificados de Medicare (QMB) y aquellos con beneficios completos de Medicaid,\* cualquier costo compartido de Medicare aplicado a una reclamación está cubierto por la cobertura de Medicaid del afiliado, que puede ser proporcionada por cualquiera de los siguientes:
  - El plan bajo un acuerdo con el estado
  - Otra organización de atención administrada de Medicaid
  - Medicaid de pago por servicio
- Para todas las demás categorías de elegibilidad de Medicaid aplicables al D-SNP, cualquier costo compartido de Medicare aplicado a una reclamación se puede facturar al afiliado después de que se presente la reclamación a Medicaid.
- La mayoría de los planes no tienen beneficios fuera de la red a menos que sea una urgencia/emergencia o diálisis renal fuera del área.
- Los planes PPO D-SNP pueden permitir el acceso a algunos proveedores fuera de la red; consulte los detalles del plan para conocer las limitaciones o contacte al plan para obtener más información.

\* Aquellos con beneficios completos de Medicaid: Medicaid cubre los costos compartidos de Medicare hasta la cantidad permitida por Medicaid si el servicio está cubierto por Medicaid.

# Costo compartido o copago del afiliado de D-SNP

Beneficio	Según se presenta en los CMS	Responsabilidad por los QMB y aquellos con protección total de costos compartidos de Medicare	Responsabilidad por todas las demás categorías de elegibilidad de Medicaid*
Copago por paciente hospitalizado	Definido por Medicare	\$0 de copago	\$0 o lo menor del beneficio presentado o los costos compartidos de Medicare
Copago de SNF	Definido por Medicare	\$0 de copago	\$0 o lo menor del beneficio presentado o los costos compartidos de Medicare
Copago de PCP	Definido por Medicare	\$0 de copago	\$0 o lo menor del beneficio presentado o los costos compartidos de Medicare
Copago por especialista	Definido por Medicare	\$0 de copago	\$0 o lo menor del beneficio presentado o los costos compartidos de Medicare
Cirugía ambulatoria	Definido por Medicare	\$0 de copago	\$0 o lo menor del beneficio presentado o los costos compartidos de Medicare
Hospital para pacientes ambulatorios	Definido por Medicare	\$0 de copago	\$0 o lo menor del beneficio presentado o los costos compartidos de Medicare
Sala de emergencias	Definido por Medicare	\$0 de copago	\$0 o lo menor del beneficio presentado o los costos compartidos de Medicare
Equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros	Definido por Medicare	\$0 de copago	\$0 o lo menor del beneficio presentado o los costos compartidos de Medicare
Diagnósticos por imágenes	Definido por Medicare	\$0 de copago	\$0 o lo menor del beneficio presentado o los costos compartidos de Medicare
Copagos de medicamentos de la Part D	Estándar de Medicare Part D o copagos	Lo menor del beneficio presentado, el copago de LIS o el costo del medicamento	\$0 o lo menor del beneficio presentado o el copago de LIS o el costo del medicamento
Beneficios suplementarios de D-SNP	\$0 de copago		
Beneficios de Medicaid	Los beneficios y la cobertura de Medicaid están basados en la elegibilidad de Medicaid. Solo para los FIDE y HIDE alineados, los beneficios de Medicaid están cubiertos a través del D-SNP.		

\* No aplica a los FIDE y HIDE alineados.

# Procesamiento de reclamaciones de D-SNP

- La mayoría de los afiliados de D-SNP están protegidos por las regulaciones estatales y federales contra la facturación del saldo. Los proveedores no pueden facturar el saldo a los afiliados que tienen la protección de costos compartidos de Medicare y deben aceptar los pagos de Medicare y Medicaid (si corresponde) como pago total.
- Los afiliados que tienen protección de costo compartido de Medicare se clasifican como QMB.
- Las reclamaciones se procesan de acuerdo con los beneficios presentados dentro de esos planes y están sujetas a los costos compartidos de Medicare.
  - Consulte su *Acuerdo de Medicare Advantage*.
- La cobertura de los costos compartidos de Medicare depende de los servicios prestados y de las cantidades permitidas por Medicaid (se puede usar el menor de los requisitos de Logic o de la coordinación de beneficios para el estado).
- Las normas difieren según el estado y es posible que algunos proveedores recibirán el monto permitido total de Medicare.
- La mayoría de los estados requieren una identificación del proveedor de Medicaid para facturar y recibir el pago.
- Verifique la cobertura de Medicaid del afiliado antes de facturar y verifique el costo compartido o el copago de beneficios.
- Las normas federales dictan que Medicaid es el pago de último recurso.

# Procesamiento de reclamaciones de D-SNP (cont.)

## **Para afiliados inscritos en nuestro plan Medicare D-SNP y Medicaid:**

- En la mayoría de los planes, si un servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, enviaremos las cantidades correspondientes para ambos automáticamente. Se procesará una sola reclamación bajo cada plan y el pago se realizará de acuerdo con las normas de pago vigentes en el programa Medicaid de su estado o nuestro contrato con el estado (se aplican algunas excepciones).
- La Explicación de pago (EOP) proporcionará más orientación sobre los próximos pasos o pagos pendientes.
- El afiliado debe estar inscrito activamente en ambos planes en la fecha de servicio.
- El (Los) servicio(s) debe(n) estar cubierto(s) por el plan respectivo.
- Para los servicios no cubiertos por Medicare, el servicio debe ser uno que el plan haya contratado con los CMS para cubrirlo o que el estado haya contratado con el plan Medicare SNP para cubrirlo (por ejemplo, días ilimitados de hospitalización).
- Debe tener un contrato de Medicare con nosotros, así como con Medicaid (con el estado o con nosotros) para poder recibir pagos por servicios de costos compartidos o exclusivos de Medicaid.

# Procesamiento de reclamaciones de D-SNP (cont.)

## Para afiliados inscritos en un FIDE o HIDE alineado:

- Los FIDE y los HIDE alineados tienen un contrato con la agencia estatal de Medicaid para cubrir ciertos/todos los beneficios de Medicaid bajo el D-SNP.
- Para los servicios cubiertos por Medicare, así como los servicios cubiertos solo por Medicaid para los cuales el D-SNP está contractualmente obligado a cubrir, se procesará una sola reclamación y se realizará el pago de acuerdo con las normas de pago vigentes para el programa Medicaid de su estado o nuestro contrato con el estado (se aplican algunas excepciones).
- La *Explicación de pago* (EOP) proporcionará más orientación sobre los próximos pasos o pagos pendientes.

# Recursos útiles

- Sitio web para proveedores
- Servicios para proveedores: Llame al número que aparece en el dorso de la tarjeta de identificación del afiliado.
- Manual de Medicare Managed Care (Capítulo 16-B: Special Needs Plans: <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/mc86c16b.pdf>).

# Certificación del proveedor

- **Se requiere la certificación del proveedor.**
- Imprima la siguiente diapositiva de esta presentación certificando que ha revisado esta presentación y entiende los planes de SNP y los requisitos del MOC.
- ¡No olvide su certificación en la siguiente página!

# Certificación del modelo de atención

**Como el proveedor a continuación, certifico que mi práctica ha revisado la presentación de SNP y MOC.**

Entiendo:

- Las metas del programa y los requisitos del MOC, incluyendo:
  - Comentarios y consenso del plan de atención.
  - Coordinación clínica del afiliado y acceso a la información del afiliado en el portal.
  - Participación en el ICT.
  - Ser receptivo y cooperar con los representantes clínicos del plan.
  - Referir al afiliado a servicios necesarios por motivos médicos de acuerdo con los beneficios del plan.
  - Comunicación adecuada con la familia o el representante legal del afiliado.
  - Entrega oportuna de la documentación.
  - Cómo obtener información o recursos adicionales.
  - Esta presentación y la certificación son requisitos anuales.

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Firme y envíe un fax al **1-855-328-8562**.

# Gracias

Simply Healthcare Plans, Inc. es un plan de atención médica coordinada con un contrato Medicare y un contrato Medicaid con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA) del estado de la Florida para proveer o coordinar los beneficios a ser proporcionados a los afiliados. La inscripción en Simply Healthcare Plans, Inc. depende de la renovación del contrato.

SFLCARE-0405-21 Marzo de 2021

516609MUPSPMUB

