



TEXAS
Health and Human
Services

Sesión informativa para beneficiarias del programa de Medicaid para el Cáncer de Seno y Cervical

Departamento de Servicios de Medicaid y CHIP
Verano de 2017

Resumen

Al final de esta presentación, usted podrá contestar las siguientes preguntas:

- ¿Qué es el programa de Medicaid para el Cáncer de Seno y Cervical (MBCC)?
- ¿Qué es la atención médica administrada?
- ¿Qué es STAR+PLUS?
- ¿Qué pasará con mis proveedores?
- ¿Cómo escogen las beneficiarias un plan médico?
- ¿Cuándo pasarán las beneficiarias de Medicaid para el Cáncer de Seno y Cervical (MBCC) a la atención médica administrada?



TEXAS
Health and Human
Services

Historia

- La Asamblea Legislativa 83 de Texas dio instrucciones a la HHSC de trasladar a las beneficiarias que quedaban en el programa de Medicaid de pago por servicio a la atención médica administrada de Medicaid.
- Actualmente, las mujeres que participan en el programa de Medicaid para el Cáncer de Seno y Cervical (MBCC) obtienen los servicios de Medicaid a través del programa de Medicaid de pago por servicio.
- El 1 de septiembre de 2017, la mayoría de las beneficiarias del MBCC pasarán a la atención médica administrada de STAR+PLUS.



¿Qué es el MBCC?

- MBCC es un programa que brinda servicios de Medicaid a las mujeres a quienes les han diagnosticado cáncer cervical o de seno, o algunos estados precancerosos.
- Una mujer puede recibir servicios del MBCC si:
 - No tiene seguro
 - Tiene por lo menos 18 años y no ha comenzado el mes en que cumple 65 años
 - Es ciudadana de EE. UU. o extranjera elegible
 - Es residente de Texas
 - Cumple con los requisitos de ingresos



¿Qué es el MBCC? (continuación)

- Las mujeres que participan en el MBCC seguirán recibiendo todos los beneficios de Medicaid siempre y cuando califiquen y cada 6 meses:
 - Su doctor envíe pruebas de que están recibiendo tratamiento para el cáncer cervical o del seno (Forma H1551, Verificación de tratamiento) y
 - Ellas completen y envíen la renovación del MBCC (Forma H2340).



¿Qué es la atención médica administrada?

- La atención médica administrada es atención médica que se presta a través de una red de doctores, hospitales y otros proveedores responsables de administrar y prestar atención médica de calidad de una manera más económica.
- El estado le paga al plan médico una tasa fija por cada beneficiaria inscrita, en lugar de pagar por cada servicio prestado.



de la atención médica administrada?

- Enfocarse en la atención preventiva
- Establecer un consultorio médico primario a través de un proveedor de cuidado primario, como un doctor, enfermero o clínica.
- Mejorar el acceso a la atención médica
- Asegurar que las personas reciban la cantidad adecuada de servicios
- Mejorar la satisfacción del cliente y del proveedor
- Promover la atención médica en el entorno menos restrictivo y más apropiado
- Mejorar las expectativas de salud, la calidad de la atención y la relación costo-eficacia



TEXAS
Health and Human
Services

Programas de atención médica administrada en Texas

- STAR
- STAR Kids
- STAR Health
- STAR+PLUS
- Proyecto de Atención Integrada de Texas para Personas con Elegibilidad Doble
 - Llamada “demostración doble”
- CHIP
- Servicios dentales de CHIP y de Medicaid para Niños



TEXAS
Health and Human
Services

¿Cuántas personas reciben Medicaid?

Las estimaciones para abril de 2017 muestran que:

- Hay 4,052,290 personas inscritas en Medicaid de Texas.
 - De estas personas, 3,721,169 participan en la atención médica administrada.
 - STAR: 2,961,227
 - STAR+PLUS: 520,844
 - STAR Health: 31,802
 - STAR Kids: 164,607
 - Demostración doble: 44,689
 - Unas 331,122 personas están inscritas en el programa de Medicaid de pago por servicio.



TEXAS
Health and Human
Services

¿Qué es un plan médico?

- Los planes médicos ofrecen un consultorio médico primario a través de un proveedor de cuidado primario y remisiones a servicios especializados según sean necesarios.
 - Excepción: Los clientes de Medicare y Medicaid (con elegibilidad doble) reciben los servicios de atención de casos agudos por medio de Medicare.
- Los planes médicos pueden ofrecer servicios adicionales, también llamados "servicios de valor agregado"
 - Servicios de relevo
 - Servicios adicionales de la vista
 - Servicios de salud y bienestar



TEXAS
Health and Human
Services

¿Qué es STAR+PLUS?

- STAR+PLUS es un programa de atención médica administrada de Medicaid de Texas para ciertos grupos de personas.
- STAR+PLUS ofrece atención médica básica, además de servicios y apoyos a largo plazo.
- A partir del 1 de septiembre de 2017, la mayoría de las beneficiarias del MBCC recibirán los servicios de Medicaid a través de STAR+PLUS.



TEXAS
Health and Human
Services

¿Quiénes pueden inscribirse en STAR+PLUS?

- Los adultos que:
 - Participan en programas opcionales
 - Califican para Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Medicaid relacionado con SSI
 - Viven en un centro
 - La mayoría de los adultos que viven en un centro para convalecientes
 - La mayoría de los adultos que viven en un centro de atención intermedia
 - Califican para recibir Medicaid porque satisfacen el nivel de atención que se requiere en un centro para convalecientes y necesitan servicios en el hogar y en la comunidad de STAR+PLUS.
- Participan en el MBCC.



TEXAS
Health and Human
Services

¿Cuáles son los beneficios de STAR+PLUS?

- Beneficios de Medicaid tradicional
- Medicamentos con receta sin límite
- Un proveedor de cuidado primario
- Coordinación de servicios
 - Incluye la preparación de un plan de servicios y la coordinación de servicios
- Servicios de valor agregado
 - Servicios adicionales que ofrece el plan médico, como servicios de relevo y atención adicional para la vista



Servicios y apoyos a largo plazo de STAR+PLUS

- Servicios de centros para convalecientes
- Servicios de salud y actividades durante el día
- Servicios de ayudante personal
- Community First Choice
- Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad de STAR+PLUS



TEXAS
Health and Human
Services

¿Qué es la coordinación de servicios de STAR+PLUS?

- Es un servicio de administración de la atención especializada realizado por un coordinador de servicios del plan médico que podría ser un enfermero, un trabajador social u otro profesional con las habilidades necesarias para coordinar los servicios.
- Identifica y trata las necesidades de atención médica físicas, mentales o a largo plazo utilizando un plan de servicios centrado en la persona.
- Ayuda a los miembros y familiares a entender los beneficios y servicios.
- Se asegura de que las beneficiarias tengan acceso a los servicios especializados necesarios y se coordinen.



TEXAS
Health and Human
Services

de servicios de **STAR+PLUS?** (continuación)

- Hace los arreglos para obtener otros servicios de Medicaid (por ejemplo, transporte médico)
- Ayuda con la coordinación de los apoyos comunitarios, incluidos los que quizás no sean médicos o que no estén cubiertos bajo Medicaid



TEXAS
Health and Human
Services

¿Que es la coordinación de servicios de STAR+PLUS?

(continuación)

- Las personas reciben más o menos coordinación de servicios según sus necesidades
 - Como mínimo, las mujeres en el MBCC:
 - Tienen a una sola persona identificada como su coordinador de servicios asignado
 - Reciben una visita en persona y una llamada telefónica una vez al año
 - Reciben ayuda con la renovación de la elegibilidad para recibir servicios de Medicaid del MBCC
 - Reciben ayuda para conseguir los servicios y apoyos a largo plazo que quizás necesiten
 - Reciben ayuda con la transición a otro programa si es necesario

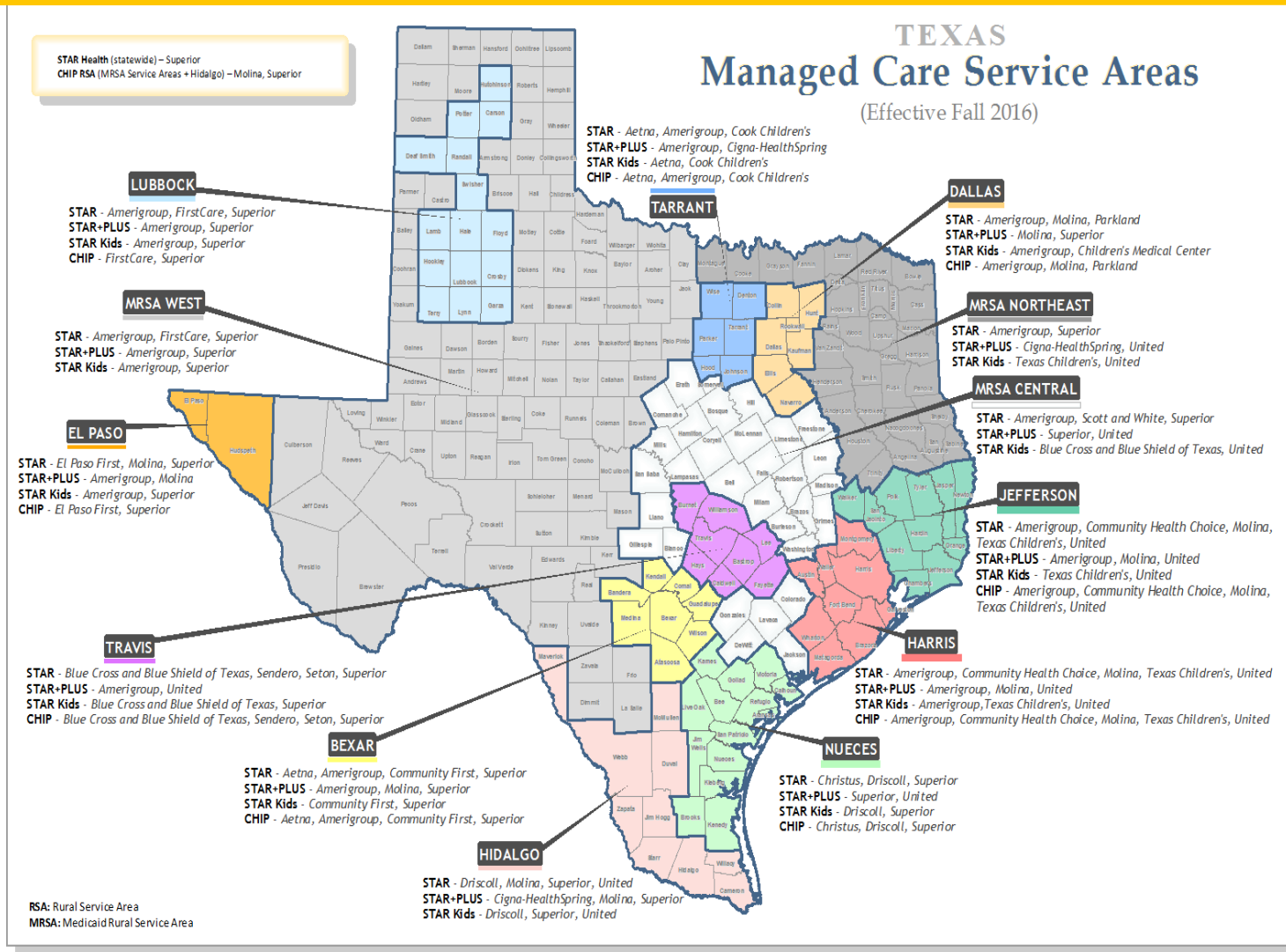


TEXAS
Health and Human
Services

Áreas de servicio de la atención médica administrada



TEXAS
Health and Human
Services



¿Cómo sabrá mi doctor qué plan médico tengo?

- Todos los miembros de STAR+PLUS reciben una tarjeta de identificación del plan médico, además de una tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits del estado.
- La tarjeta de identificación del plan incluye:
 - El nombre y número de identificación de Medicaid del miembro
 - El programa de Medicaid (STAR+PLUS)
 - El nombre del plan médico
 - El nombre y teléfono del PCP
 - Los números de teléfono gratis a las líneas de servicios para miembros, coordinación de servicios y servicios de salud conductual
 - Tal vez incluya información adicional (por ejemplo, fecha de nacimiento, área de servicio y la dirección del PCP)



TEXAS
Health and Human
Services

Continuidad de la atención

- El estado exige a los planes médicos que brinden "continuidad de la atención"
 - Las autorizaciones para recibir atención básica, como citas con especialistas y artículos médicos serán válidas por 90 días, hasta que la autorización se venza o hasta que el plan médico proporcione otra.
 - Las autorizaciones para servicios y apoyos a largo plazo son válidas por 6 meses, hasta que la autorización se venza o hasta que el plan médico proporcione otra.
 - Durante la transición, usted podrá seguir viendo a los proveedores que tiene ahora, aunque no estén en la red del plan médico.



¿Cubrirá la atención médica administrada los servicios cubiertos actualmente?

- Las autorizaciones aprobadas y vigentes para servicios cubiertos se entregarán al plan médico de STAR+PLUS que escogió antes del 1 de septiembre de 2017.
- Estas autorizaciones están sujetas a los requisitos de la continuidad de la atención antes mencionados.
- Los proveedores no tienen que volver a enviar la solicitud de autorización al plan médico si ya tienen una.



TEXAS
Health and Human
Services

Redes de proveedores

- Los proveedores deben tener contrato y acreditación de un plan médico para poder estar "dentro de la red" y brindar los servicios de atención médica administrada de Medicaid.
- Puede hablar con el plan médico o su coordinador de servicios si cree que necesita consultar a un proveedor que no está en la red.
- Las reglas de remisiones, autorizaciones y gestión de pagos pueden ser diferentes de un plan médico a otro.
- El proveedor y el plan médico negocian las tarifas.



Proveedores principales tradicionales

- Un proveedor principal tradicional es un proveedor que ha brindado servicios a clientes bajo el programa de Medicaid de pago por servicio.
- Los planes médicos tienen que dar a los proveedores principales tradicionales la oportunidad de formar parte de su red de contratistas.
- Los planes médicos se pondrán en contacto con los proveedores principales tradicionales.
 - Los proveedores pueden tomar la iniciativa para ponerse en contacto.
- Los proveedores principales tradicionales y los planes médicos tienen que estar de acuerdo en las condiciones de contratación y acreditación.



TEXAS
Health and Human
Services

¿Qué sucede si el proveedor está fuera del área de servicio?

- Las redes de los planes médicos deben tener suficientes doctores y proveedores para satisfacer las necesidades del beneficiario.
- Los planes médicos también pueden pagar a proveedores que se encuentran fuera de su área de servicio en ciertos casos.
 - Servicios de emergencia
 - Para asegurar la continuidad de la atención con un proveedor actual
 - No hay ciertos especialistas en su área de servicio



TEXAS
Health and Human
Services

¿Qué pasa si mi proveedor no se inscribe en el plan médico?

- Si los proveedores prefieren no tener un contrato con los planes médicos en su área de servicio, entonces no formarán parte de la red de esos planes.
- A veces, los planes médicos podrían estar dispuestos a firmar un acuerdo para un solo caso o tener una relación contractual limitada. Esto le permite al proveedor dar tratamiento a un solo paciente de Medicaid.



TEXAS
Health and Human
Services

Apelaciones y audiencias imparciales

- Usted tiene el derecho de apelar ante el plan médico y presentar una solicitud de audiencia imparcial al estado si se niegan, reducen o terminan los servicios.
- Los servicios pueden seguir brindándose durante el trámite de revisión de la apelación o la audiencia imparcial si se solicita oportunamente y el miembro pide que se sigan brindando los servicios mientras se lleva a cabo la apelación.



Quejas y apelaciones

- Los planes médicos deben contar con proveedores debidamente capacitados para revisar cualquier apelación de carácter médico que presente un miembro, por ejemplo:
 - Apelaciones de los miembros sobre la negación o limitación de un beneficio
- Quejas comunes:
 - La calidad de la atención o de los servicios
 - La accesibilidad o disponibilidad de los servicios
 - La gestión de pagos



¿Qué hago si tengo preguntas sobre los servicios de Medicaid?

- A partir del 1 de septiembre de 2017, los miembros:
 - Deben llamar al número que aparece en la tarjeta de identificación del plan médico
 - Si no se resuelve el problema, deben llamar al equipo de ayuda con la atención médica administrada de la Oficina del Ombudsman del HHS al:

1-866-566-8989

- Si tiene alguna pregunta antes del 1 de septiembre, llame a la línea de ayuda del Ombudsman al:

1-877-787-8999



TEXAS
Health and Human
Services

Cómo escoger un plan médico

- Usted recibirá un paquete por correo postal con información sobre los planes médicos en su área. El paquete de inscripción incluirá:
 - Directorios de proveedores de cada plan médico en su área con las listas de doctores y otros proveedores disponibles.
 - Instrucciones sobre cómo escoger un plan médico y más información útil.
 - Un número de teléfono para llamar si necesita ayuda o tiene preguntas sobre cómo escoger un plan médico.
 - Todos podrán escoger de por lo menos dos planes médicos.



TEXAS
Health and Human
Services

Cómo escoger un plan médico

(continuación)

- Cada plan médico tiene una lista de proveedores de donde pueden escoger las beneficiarias.
- Si las beneficiarias no escogen, la HHSC les asignará un plan médico y un proveedor de cuidado primario.
- El agente de inscripción, MAXIMUS, puede ayudarles con este proceso. Llame al 1-877-782-6440 para pedir ayuda.
- Las beneficiarias pueden cambiar de plan médico en cualquier momento. Los cambios toman de 15 a 45 días para entrar en vigor.



TEXAS
Health and Human
Services

Próximos pasos

- Conozca los planes médicos que operan en los condados donde usted recibe servicios.
- Haga una lista de los proveedores que lo atienden, incluídos los especialistas.
 - Averigüe cuáles de sus doctores y especialistas forman parte de la red de cada plan médico.
- Vea los servicios de valor agregado que ofrecen los planes en su área.
- Comuníquese con los planes médicos hoy mismo. Informe a los planes médicos sobre los doctores y proveedores que lo atienden actualmente.
- Asegúrese de actualizar su dirección con el estado.



Cómo inscribirse

- Se puede inscribir en una sesión informativa.
- Infórmese sobre los eventos de inscripción en su área en www.txmedicaidevents.com.
- Si no escoge un plan médico, recibirá un recordatorio en julio.
- Si no escoge un plan médico para el 14 de agosto de 2017, la HHSC escogerá un plan y un proveedor de cuidado primario por usted.
- Usted puede cambiar de plan médico en cualquier momento llamando a MAXIMUS. Tramitar su solicitud puede tardar entre 15 y 45 días.



Cómo inscribirse (continuación)

- Llame a MAXIMUS, el agente de inscripción del estado, si tiene preguntas.
- El número gratis de MAXIMUS es 1-877-782-6440.
- Atienden de 8 a.m. a 6 p.m., hora central.
- Este número estará en su paquete de inscripción.
- Puede llamar a MAXIMUS para escoger un plan por teléfono o puede enviar sus datos de inscripción por correo en el sobre prepagado.



Fechas importantes

- Mayo de 2017: las beneficiarias reciben la carta de presentación.
- Junio de 2017: las beneficiarias reciben el paquete de inscripción.
- Julio de 2017: las beneficiarias que no han escogido un plan médico reciben un recordatorio.
- 14 de agosto de 2017: se asigna un plan médico a las beneficiarias que no han escogido uno.
 - Las beneficiarias pueden cambiar de plan en cualquier momento poniéndose en contacto con el agente de inscripción.
- 1 de septiembre de 2017: las beneficiarias del MBCC empezarán a recibir servicios a través de un plan médico de STAR+PLUS.



Qué hacer si tiene preguntas

- Conozca más sobre el cambio de las beneficiarias del MBCC a STAR+PLUS en:
<https://hhs.texas.gov/es/mbcc>
- Vea más información sobre la atención médica administrada en:
<http://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-and-chip/provider-information/expansion-managed-care> (en inglés)
- Envíe sus preguntas a:
Managed_Care_Initiatives@hhsc.state.tx.us

