

# Sesión informativa para el programa de Medicaid para Cáncer de Seno y Cervical

**Departamento de Servicios de Medicaid y CHIP**

**Invierno de 2017**



**TEXAS**  
Health and Human  
Services

# Resumen

Al terminar esta presentación, usted podrá contestar las siguientes preguntas:

- ◆ ¿Qué es el programa de Medicaid para Cáncer de Seno y Cervical (MBCC)?
- ◆ ¿Qué es la atención médica administrada?
- ◆ ¿Qué programas de atención médica administrada atenderán a las personas en MBCC?
- ◆ ¿Qué se requiere de los proveedores?
- ◆ ¿Cómo escogen los beneficiarios un plan médico?
- ◆ ¿Cuándo pasará las personas en MBCC a la atención médica administrada?



# Antecedentes

- ◆ La Legislatura 83 de Texas instruyó a la HHSC para que pasara a las personas en el plan de pago por servicio de Medicaid a la atención médica administrada de Medicaid.
- ◆ Actualmente, las mujeres en el programa de Medicaid para Cáncer de Seno y Cervical (MBCC) reciben servicios de Medicaid por medio del plan de pago por servicio de Medicaid.
- ◆ La mayoría de las personas en MBCC pasarán a la atención médica administrada de STAR+PLUS el 1 de septiembre de 2017.

# ¿Qué es MBCC?

- ◆ MBCC brinda servicios de Medicaid a las mujeres diagnosticadas con cáncer de seno o cervical, o con ciertas condiciones de precáncer.
- ◆ Una mujer puede recibir servicios de MBCC si:
  - ◆ No tiene seguro médico.
  - ◆ Tiene entre 18 y 65 años.
  - ◆ Es ciudadana de los E.E. U.U. o tiene un estatus migratorio elegible.
  - ◆ Vive en Texas.
  - ◆ Tiene ingresos iguales o inferiores al 200 % del nivel federal de pobreza.
- ◆ Las mujeres en MBCC seguirán recibiendo todos los beneficios de Medicaid siempre y cuando sean elegibles y cada seis meses:
  - ◆ Presenten pruebas del tratamiento en curso para el cáncer de seno o cervical del doctor que la está tratando (forma H1551, Verificación de tratamiento).
  - ◆ Llenen y presenten la forma de renovación de MBCC (forma H2340).



# ¿Qué es la atención médica administrada?

- ◆ La atención médica administrada es la atención médica brindada por medio de la red de doctores, hospitales y otros proveedores responsables de la administración y prestación de cuidados de alta calidad a un costo eficiente.
- ◆ El estado paga una cuota fija al plan médico por cada miembro inscrito, en vez de pagar por cada unidad de servicio que se presta.

# ¿Cuáles son las metas de la atención médica administrada?

- ◆ Recalcar los cuidados preventivos.
- ◆ Establecer un consultorio médico primario por medio de un proveedor de cuidado primario, como un doctor, un enfermero o una clínica.
- ◆ Mejorar el acceso a los cuidados.
- ◆ Más personas reciben los servicios adecuados.
- ◆ Mejorar la satisfacción de la persona y el proveedor.
- ◆ Promover el cuidado en un ámbito más adecuado y menos limitado.
- ◆ Mejorar los resultados médicos, la calidad de los cuidados y la eficiencia de costos.



# Programas de atención médica administrada en Texas

- ◆ STAR
- ◆ STAR+PLUS
- ◆ STAR Health
- ◆ STAR Kids
- ◆ Texas Dual Eligible Integrated Care Project (conocido como Dual Demonstration)
- ◆ CHIP
- ◆ CHIP y Medicaid Dental para Niños



# ¿Cuántas personas reciben Medicaid?

## Las estimaciones para noviembre de 2016 muestran:

- ◆ 4,135,869 personas inscritas en Medicaid de Texas.
- ◆ 3,785,701 miembros están inscritos en la atención médica administrada.
  - ◆ STAR: 3,022,202
  - ◆ STAR+PLUS: 531,859
  - ◆ STAR Health: 31,977
  - ◆ STAR Kids: 163,358
  - ◆ Dual Demonstration: 36,305
- ◆ 350,168 personas inscritas en el plan de pago por servicio de Medicaid.





# ¿Qué es un plan médico?

- ◆ Los planes médicos brindan un consultorio médico primario por medio de un proveedor de cuidado primario y remisiones a servicios especializados cuando sea necesario.
  - ◆ Excepción: las personas que reciben Medicare y Medicaid (doble elegibilidad) reciben los servicios de cuidados agudos por medio de Medicare.
- ◆ Los planes médicos puedan ofrecer servicios adicionales, también conocidos como “servicios de valor agregado”.
  - ◆ Cuidados de relevo.
  - ◆ Servicios dentales adicionales.
  - ◆ Servicios adicionales de la vista.
  - ◆ Servicios de salud y bienestar.



# ¿Qué es STAR+PLUS?

- ◆ STAR+PLUS es un programa de atención médica administrada de Medicaid de Texas para personas con discapacidad o mayores de 65 años.
- ◆ STAR+PLUS brinda cuidados básicos y servicios y apoyos a largo plazo.
- ◆ A partir del 1 de septiembre de 2017, la mayoría de las mujeres en MBCC recibirán los servicios de Medicaid por medio de STAR+PLUS.

# ¿Cuáles son los beneficios de STAR+PLUS?

- ◆ Beneficios de Medicaid
  - ◆ Medicamentos con receta sin límite
  - ◆ Proveedores de cuidado primario
  - ◆ Coordinación de servicios
    - ◆ Incluye el desarrollo de un plan de servicios y la coordinación de servicios.
- ◆ Servicios de valor agregado
  - ◆ Servicios adicionales brindados por el plan médico como los cuidados de relevo y servicios adicionales de la vista.



# ¿Quién puede recibir STAR+PLUS?

- ◆ Los adultos que:
  - ◆ Califican para recibir beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Medicaid relacionado con SSI.
  - ◆ Viven en un centro para convalecientes.
  - ◆ Califican para recibir Medicaid porque cumplen con el nivel de atención para un centro para convalecientes y necesitan los servicios en el hogar y en la comunidad de STAR+PLUS.



# Servicios de STAR+PLUS

- ◆ Servicios y apoyos a largo plazo en una institución y en la comunidad:
  - ◆ Servicios en un centro para convalecientes
  - ◆ Servicios de ayudante personal
  - ◆ Servicios de salud y actividades durante el día
  - ◆ Community First Choice
  - ◆ Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad de STAR+PLUS



# STAR+PLUS

## Servicios en el Hogar y en la Comunidad

- ◆ Ayuda con la vida diaria
- ◆ Ayudas para la adaptación
- ◆ Cambios menores a la casa
- ◆ Servicios de ayudante personal
- ◆ Cuidados de relevo
- ◆ Respuesta a emergencias
- ◆ Ayuda con la transición
- ◆ Entrega de comidas a domicilio
- ◆ Servicios de enfermería
- ◆ Artículos médicos
- ◆ Cuidado temporal para adultos
- ◆ Servicios dentales
- ◆ Terapia del habla
- ◆ Terapia física
- ◆ Terapia ocupacional
- ◆ Terapia de rehabilitación cognitiva
- ◆ Empleo con apoyo
- ◆ Ayuda para encontrar empleo

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

- ◆ Un servicio de administración de la atención médica especializada realizado por un coordinador de servicios del plan médico que normalmente es un enfermero, trabajador social u otro profesional con las competencias necesarias para coordinar los cuidados.
  - ◆ Identificar y tratar las necesidades físicas, mentales y a largo plazo del beneficiario por medio de un plan de servicios centrado en la persona.
  - ◆ Ayudar a los miembros y sus familias a comprender los beneficios y servicios
  - ◆ Asegurar el acceso y la coordinación de los servicios especializados necesarios
  - ◆ Planear otros servicios de Medicaid (p.ej., transporte médico)
  - ◆ Ayudar con la coordinación de apoyos en la comunidad, incluidos aquellos que no sean médicos o no estén cubiertos por Medicaid



# STAR+PLUS coordinación de servicios (cont.)

- ◆ La coordinación de servicios de STAR+PLUS se divide en tres niveles.
  - ◆ Las beneficiarias del MBCC recibirán servicios coordinados y:
    - ◆ Un solo profesional médico designado como su coordinador de servicios.
    - ◆ Al menos una visita personal **y** dos llamadas por teléfono al año.
    - ◆ Ayuda para renovar los beneficios del MBCC de Medicaid.
    - ◆ Ayuda para que pasen del MBCC a otro programa, según sea necesario.





# TEXAS Managed Care Service Areas

(Effective Fall 2016)

**STAR Health** (statewide) – Superior  
**CHIP RSA** (MRSA Service Areas + Hidalgo) – Molina, Superior

## LUBBOCK

**STAR** - Amerigroup, FirstCare, Superior  
**STAR+PLUS** - Amerigroup, Superior  
**STAR Kids** - Amerigroup, Superior  
**CHIP** - FirstCare, Superior

## MRSA WEST

**STAR** - Amerigroup, FirstCare, Superior  
**STAR+PLUS** - Amerigroup, Superior  
**STAR Kids** - Amerigroup, Superior

## EL PASO

**STAR** - El Paso First, Molina, Superior  
**STAR+PLUS** - Amerigroup, Molina  
**STAR Kids** - Amerigroup, Superior  
**CHIP** - El Paso First, Superior

## TRAVIS

**STAR** - Blue Cross and Blue Shield of Texas, Sendero, Seton, Superior  
**STAR+PLUS** - Amerigroup, United  
**STAR Kids** - Blue Cross and Blue Shield of Texas, Superior  
**CHIP** - Blue Cross and Blue Shield of Texas, Sendero, Seton, Superior

## BEXAR

**STAR** - Aetna, Amerigroup, Community First, Superior  
**STAR+PLUS** - Amerigroup, Molina, Superior  
**STAR Kids** - Community First, Superior  
**CHIP** - Aetna, Amerigroup, Community First, Superior

## HIDALGO

**STAR** - Driscoll, Molina, Superior, United  
**STAR+PLUS** - Cigna-HealthSpring, Molina, Superior  
**STAR Kids** - Driscoll, Superior, United

## TARRANT

**STAR** - Aetna, Amerigroup, Cook Children's  
**STAR+PLUS** - Amerigroup, Cigna-HealthSpring  
**STAR Kids** - Aetna, Cook Children's  
**CHIP** - Aetna, Amerigroup, Cook Children's

## DALLAS

**STAR** - Amerigroup, Molina, Parkland  
**STAR+PLUS** - Molina, Superior  
**STAR Kids** - Amerigroup, Children's Medical Center  
**CHIP** - Amerigroup, Molina, Parkland

## MRSA NORTHEAST

**STAR** - Amerigroup, Superior  
**STAR+PLUS** - Cigna-HealthSpring, United  
**STAR Kids** - Texas Children's, United

## MRSA CENTRAL

**STAR** - Amerigroup, Scott and White, Superior  
**STAR+PLUS** - Superior, United  
**STAR Kids** - Blue Cross and Blue Shield of Texas, United

## JEFFERSON

**STAR** - Amerigroup, Community Health Choice, Molina, Texas Children's, United  
**STAR+PLUS** - Amerigroup, Molina, United  
**STAR Kids** - Texas Children's, United  
**CHIP** - Amerigroup, Community Health Choice, Molina, Texas Children's, United

## HARRIS

**STAR** - Amerigroup, Community Health Choice, Molina, Texas Children's, United  
**STAR+PLUS** - Amerigroup, Molina, United  
**STAR Kids** - Amerigroup, Texas Children's, United  
**CHIP** - Amerigroup, Community Health Choice, Molina, Texas Children's, United

## NUECES

**STAR** - Christus, Driscoll, Superior  
**STAR+PLUS** - Superior, United  
**STAR Kids** - Driscoll, Superior  
**CHIP** - Christus, Driscoll, Superior



**TEXAS**  
Health and Human  
Services

Map Prepared by: Strategic Decision Support Department,  
Texas Health and Human Services Commission. MRL  
October 1, 2015

**RSA:** Rural Service Area  
**MRSA:** Medicaid Rural Service Area

# MBCC a STAR+PLUS

- ◆ Las mujeres que están recibiendo los servicios de MBCC pasarán a STAR+PLUS el 1 de septiembre de 2017.
  - ◆ Es voluntario para las mujeres que son nativas americanas y pertenecen a una tribu reconocida por el gobierno federal.



# ¿Cómo sabrá mi doctor cuál plan médico tengo?

- ◆ Todos los miembros de STAR+PLUS reciben una tarjeta de identificación (ID) del plan médico, además de la tarjeta de Your Texas Benefits de Medicaid, para presentar a su doctor.
- ◆ La tarjeta de identificación (ID) del plan médico incluye la siguiente información:
  - ◆ El nombre y número de identificación (ID) de Medicaid del miembro
  - ◆ El programa de Medicaid, así como STAR+PLUS.
  - ◆ El nombre del plan médico
  - ◆ El nombre y número de teléfono del PCP
  - ◆ Los números de teléfono gratis de servicios para miembros, coordinación de servicios y la línea directa de servicios de salud conductual
  - ◆ Se puede incluir otra información, así como la fecha de nacimiento, área de servicio, dirección del proveedor de cuidado primario.



# ¿Se cubrirán los servicios actuales en la atención médica administrada?

- ◆ Se aceptarán las autorizaciones para cuidados básicos, como citas con especialistas y artículos médicos por 90 días o hasta vencer la autorización, o hasta que el plan médico se los autorice nuevamente.
- ◆ Se aceptarán las autorizaciones para servicios y apoyos a largo plazo por 6 meses, hasta vencer la autorización, o hasta que el plan médico se lo autorice nuevamente.
- ◆ Durante el periodo de transición, los miembros pueden seguir consultando a sus proveedores actuales, aún si no están en la red de su plan médico.



# Autorizaciones existentes

- ◆ Antes del 1 de septiembre de 2017, se enviarán a los planes médicos de STAR+PLUS las autorizaciones previas para servicios cubiertos que fueron aprobadas y están vigentes.
- ◆ Estas autorizaciones previas están sujetas a los requisitos de continuidad del cuidado antes mencionados.
- ◆ No es necesario que un proveedor vuelva a presentar una solicitud de autorización al plan médico si ya existe una autorización.

# ¿Puedo consultar a los proveedores que tengo ahora?

- ◆ Los proveedores deben estar contratados y estar acreditados con un plan médico para poder prestar servicios de atención médica administrada de Medicaid.
- ◆ Se negocian las cuotas entre el proveedor y el plan médico.
- ◆ Los requisitos de autorización y el trámite de solicitud de pago puedan variar de un plan a otro.

# ¿Qué es un proveedor tradicional principal?

- ◆ Un proveedor tradicional principal es un proveedor que ha atendido a las personas en el plan de pago por servicio de Medicaid.
- ◆ Los planes médicos deben ofrecer a los proveedores tradicionales principales la oportunidad de formar parte de la red del plan médico contratado.
- ◆ Los planes médicos se pondrán en contacto con los proveedores tradicionales principales .
  - ◆ Los proveedores pueden tomar la iniciativa y ponerse en contacto con los planes médicos.
- ◆ Los proveedores tradicionales principales y los planes médicos deben acordar las condiciones para la contratación y acreditación.



# ¿Qué pasa si el proveedor está fuera de área?

- ◆ Los planes médicos deben contar con una red de proveedores adecuada y proporcionar los servicios que los miembros necesitan dentro de su área de servicio.
- ◆ Los planes médicos además puedan pagar a los proveedores fuera de su área de servicio en algunas situaciones, como para brindar servicios de emergencia o mantener los cuidados en curso con un proveedor existente.



# ¿Qué pasa si el proveedor no entra en un contrato con el plan médico?

- ◆ Si el proveedor decide no entrar en un contrato con los planes médicos en el área de servicio, no formará parte de la red de proveedores.
- ◆ A veces, el plan médico puede firmar un acuerdo para un único caso o entrar en un contrato limitado. Así se permite que el proveedor pueda atender a un solo paciente de Medicaid.

# Solicitudes de pago de los proveedores

- ◆ Los proveedores, incluidos los proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, deben presentar cualquier solicitud de pago en los 95 días siguientes a la fecha en que prestaron los servicios.
- ◆ Los planes médicos deben tramitar la mayoría de las solicitudes de pago en 30 días.
  - ◆ 18 días para las solicitudes de pago electrónicas de farmacia
  - ◆ 10 días para las solicitudes de pago de los centros para convalecientes

# Contratistas de servicios de cáncer de seno y cervical

- ◆ Los contratistas de servicios de cáncer de seno y cervical (BCCS) brindan:
  - ◆ Pruebas de detección:
    - ◆ Examen clínico del seno
    - ◆ Mamografía
    - ◆ Examen pélvico y prueba de Papanicolaou
  - ◆ Servicios de diagnóstico
  - ◆ Control y tratamiento de la displasia cervical
  - ◆ Ayuda para solicitar los beneficios del programa de Medicaid para cáncer de seno y cervical
  - ◆ Orientación del paciente



# Contratistas de servicios de cáncer de seno y cervical

- ◆ Después de la transición del programa de MBCC a la atención médica administrada de los servicios para cáncer de seno y cervical (BCCS), los procesos de los contratistas seguirán siendo los mismos
- ◆ Los contratistas de BCCS seguirán ofreciendo:
  - ◆ Servicios de pruebas de detección de cáncer
  - ◆ Ayuda a las mujeres para solicitar los servicios de MBCC
  - ◆ Servicios de orientación del paciente



# Apelaciones y audiencias imparciales

- ◆ Los miembros pueden apelar al plan médico y solicitar una audiencia imparcial ante el estado si se les deniegan, reducen o terminan los servicios.
- ◆ Los servicios pueden continuar durante la revisión si se presenta una apelación o se solicita una audiencia imparcial a tiempo y el miembro solicita la continuación de servicios durante la tramitación de la apelación.

# Quejas de los proveedores

- ◆ Los proveedores deben contactar al plan médico para presentar una queja y agotar el proceso de resolución del plan médico antes de elevarla a la HHSC.
- ◆ Las apelaciones, los agravios o la resolución de conflictos son responsabilidad del plan médico.
- ◆ Los proveedores pueden presentar quejas a la HHSC si consideran que no recibieron las garantías procesales debidas del plan médico.

# Quejas y apelaciones

- ◆ Los planes médicos deben usar a proveedores capacitados adecuadamente para revisar todos las quejas y apelaciones de los miembros de carácter médico, así como:
  - ◆ Las apelaciones sobre la negación o limitación de beneficios
  - ◆ Otras quejas frecuentes:
    - ◆ La calidad del cuidado o los servicios
    - ◆ La accesibilidad o disponibilidad de los servicios
    - ◆ El trámite de solicitud de pagos

# ¿Qué pasa si tengo problemas con los servicios de Medicaid?

- ◆ Puede llamar hoy mismo a la Oficina del Ombudsman del HHS:
  - ◆ 1-877-787-8999
- ◆ A partir del 1 de septiembre de 2017, además usted puede:
  - ◆ Llamar al número de teléfono que aparece en la tarjeta de identificación (ID) de su plan médico.
  - ◆ Si no se resuelve el problema, llamar al equipo de ayuda para la atención médica administrada del Ombudsman:
    - ◆ 1-866-566-8989





# ¿Qué hago ahora?

- ◆ Infórmese sobre los planes médicos disponibles en los condados donde:
  - ◆ Usted recibe los servicios, si es un beneficiario de Medicaid.
  - ◆ Usted brinda servicios, si es un proveedor.
- ◆ Proveedores:
  - ◆ Comience el proceso de contratación y acreditación con los planes médico cuantos antes.
  - ◆ Prepárese para negociar las cuotas con los planes médicos.
  - ◆ Familiarícese con las políticas y los procedimientos del plan médico para la autorización previa y la facturación.
- ◆ Beneficiarios:
  - ◆ Asegúrese de que su dirección en el sistema es la correcta.



# ¿Cómo elijo un plan médico?

- ◆ Los beneficiarios del MBCC que pasen a STAR+PLUS recibirán un paquete por correo sobre los datos de los planes médicos disponible en su área.
- ◆ Todo el mundo podrá escoger como mínimo entre dos planes médicos.
- ◆ Cada plan médico tiene una lista de opciones de proveedores.
- ◆ Si los beneficiarios no eligen una opción, la HHSC les asignará un plan médico y un proveedor de cuidado primario.
- ◆ Los miembros pueden cambiar de plan médico en cualquier momento. Los cambios tardan de 15 a 45 días en entrar en vigor.



# Actividades de inscripción de STAR+PLUS

- ◆ Mayo de 2017 – Las personas reciben las cartas de introducción.
- ◆ Junio de 2017 – Las personas reciben los paquetes de inscripción.
- ◆ Julio de 2017 – Las personas que no hayan elegido un plan médico reciben un recordatorio.
- ◆ 14 de agosto de 2017– Se asignará un plan médico a las personas que no hayan elegido uno.
  - ◆ Los beneficiarios pueden cambiar de plan médico en cualquier momento comunicándose con un representante para inscripciones (enrollment broker)
- ◆ 1 de septiembre de 2017– las personas en MBCC pasarán a recibir atención médica administrada.



# ¿Qué hago si aún tengo preguntas?

- ◆ Infórmese sobre la transición de las personas en MBCC a STAR+PLUS en : <http://www.hhsc.state.tx.us/medicaid/managed-care/mmc.shtml/MBCC> (en inglés)
- ◆ Aprenda más 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](mailto:Managed_Care_Initiatives@hhsc.state.tx.us)