

Adiestramiento para médicos sobre los Planes de Necesidades Especiales de 2024

Humana Gold Plus[®] SNP – Doble elegibilidad (HMO)
Humana Gold Plus[®] SNP – Condiciones crónicas (HMO)
Humana Community SNP – Doble elegibilidad (HMO)
Humana Gold Plus Integrated SNP – Doble elegibilidad (HMO)
HumanaChoice SNP – Doble elegibilidad PPO)
Humana Together in Health – I-SNP (HMO/PPO)
Humana Senior Living – IE –SNP (HMO)

Fecha de vigencia: 1 de enero de 2024

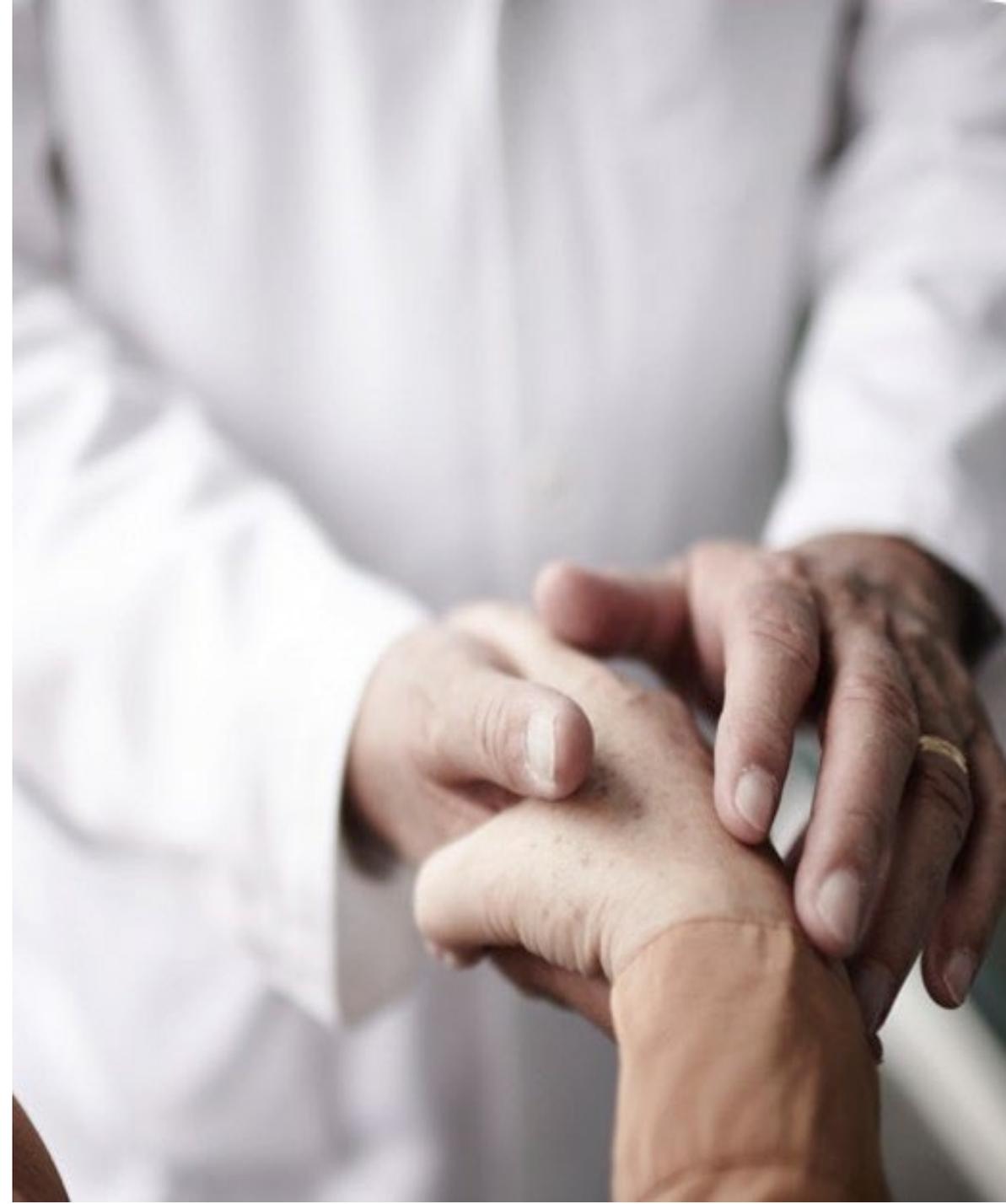
Humana[®]



¿Qué es un Plan de Necesidades Especiales?

Un Plan de Necesidades Especiales (SNP) es un plan de cuidado coordinado de Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) creado especialmente para enfocarse en las necesidades de algunos de sus pacientes más vulnerables.

Juntos podemos trabajar para crear un plan de cuidado diseñado específicamente para cada afiliado a un SNP.



Humana ofrece 3 tipos de SNP

- SNP para personas con doble elegibilidad
 - Identificado en la tarjeta de identificación de afiliado de Humana como **D-SNP**.
 - Cubre a los afiliados elegibles para Medicare y Medicaid.
- SNP para personas con condiciones crónicas (C-SNP)
 - Identificado en la tarjeta de identificación de afiliado de Humana como **C-SNP**.
 - Cubre a los afiliados elegibles para Medicare que tienen al menos una de las siguientes condiciones:
 - Diabetes mellitus, desórdenes pulmonares crónicos, desórdenes cardiovasculares y fallo cardíaco crónico
- SNP institucional o equivalente a un SNP institucional (I-SNP/IE-SNP)
 - Identificado en la tarjeta de identificación de afiliado de Humana como **I-SNP**– (también aplica a los **IE-SNP**).
 - Cubre a los afiliados elegibles para Medicare que también requieren un nivel de cuidado institucional.
 - La elegibilidad se basa en lo siguiente:
 - Confirmación de una estadía mínima de 90 días en un centro contratado por Humana para ofrecer I-SNP; o
 - Una evaluación de necesidades aprobada por los CMS que confirme que la condición del paciente probablemente requerirá una estadía de 90 días.
 - Los pacientes que viven en Illinois o Wisconsin y que requieren un nivel de cuidado institucional pueden ser elegibles para un IE-SNP.

Información general sobre los SNP

- MA siempre es el pagador principal.
- Según los CMS, los médicos/proveedores no pueden facturar saldos a un beneficiario cualificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés), también conocido como afiliado con protección de costo compartido.
 - Consulte los códigos de observación de aviso de remesa (RARC, por sus siglas en inglés) ubicados en el aviso electrónico de remesa (ERA, por sus siglas en inglés) y los códigos EX que se encuentran en la explicación tradicional de remesa (TEOR, por sus siglas en inglés) impresa para ayudarle a identificar a los afiliados a quienes no se les deben facturar saldos.
- Los médicos/proveedores no pueden negarle el servicio a un afiliado basándose en su estado de pagador secundario.
- Los CMS pueden imponer sanciones a los médicos/proveedores de cuidado de la salud que facturen saldos a un afiliado que tenga protección de costo compartido.
- También pueden proveerse beneficios mejorados, como servicios de la vista, dentales, de la audición, de transporte de rutina y de medicamentos-sin receta.

Afiliados con doble elegibilidad y protección de costo compartido (CSP, por sus siglas en inglés)

Los consultorios NO pueden facturar a los pacientes que tienen protección de costo compartido

- La ederal law prohibits balance-billing of cost share-protected members.
- Los proveedores deben aceptar el pago de Humana o de Medicaid como pago completo incluso si deciden no facturar a Medicaid.
- El proveedor debe ignorar cualquier saldo restante. No deben facturarse estos saldos al afiliado.

¿Qué es un paciente con protección de costo compartido (CSP)?

- CSP es un categoría de doble elegibilidad que define el tipo de beneficios de Medicare que recibe un afiliado.
- Los afiliados con estado de CSP tienen la parte que le corresponde al afiliado de los deducibles, copagos y coaseguros de las Partes A y B reducida a \$0.
- El estado de CSP de un afiliado se puede encontrar en Availity.com o verificar llamando al Servicio al Cliente de Humana al 800-626-2741.
- Según el estado, algunos afiliados pueden tener protección de costo compartido incluso si no son QMB.

¿Qué indica el contrato con Humana?

El anexo (r) de las disposiciones de MA de Humana establece que *“El médico acepta no cobrar ni intentar cobrar copagos, coaseguros, deducibles u otras cantidades de costo compartido a ningún afiliado de Medicare Advantage de Humana que haya sido designado como beneficiario cualificado de Medicare (“QMB”) por los CMS.”*

Encuentre más información sobre facturación de saldos y beneficiarios con doble elegibilidad [aquí](#).

Disponibilidad de planes SNP de Humana en 2024

Estado	SNP para personas con doble elegibilidad	SNP para personas con condiciones crónicas	I-SNP
Puerto Rico*	✓		

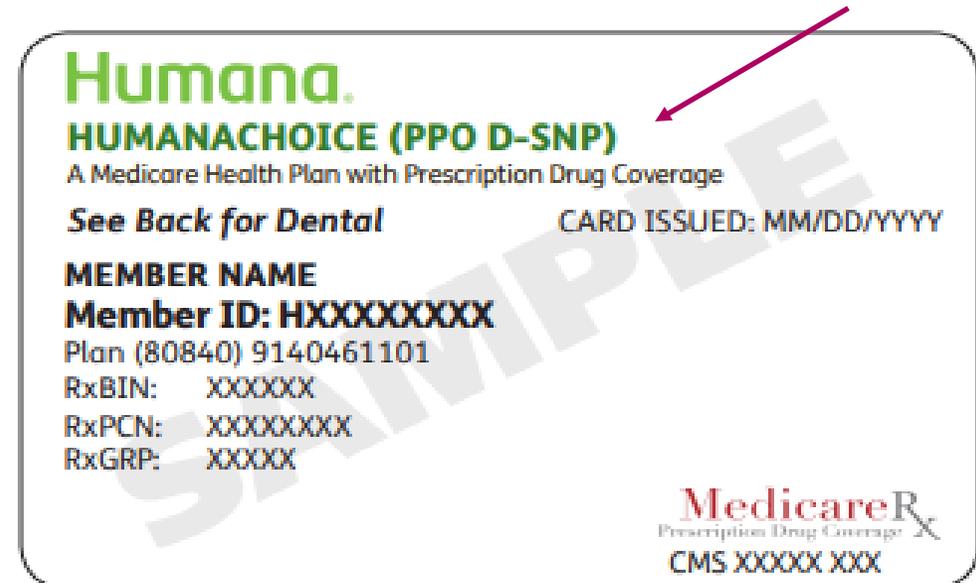
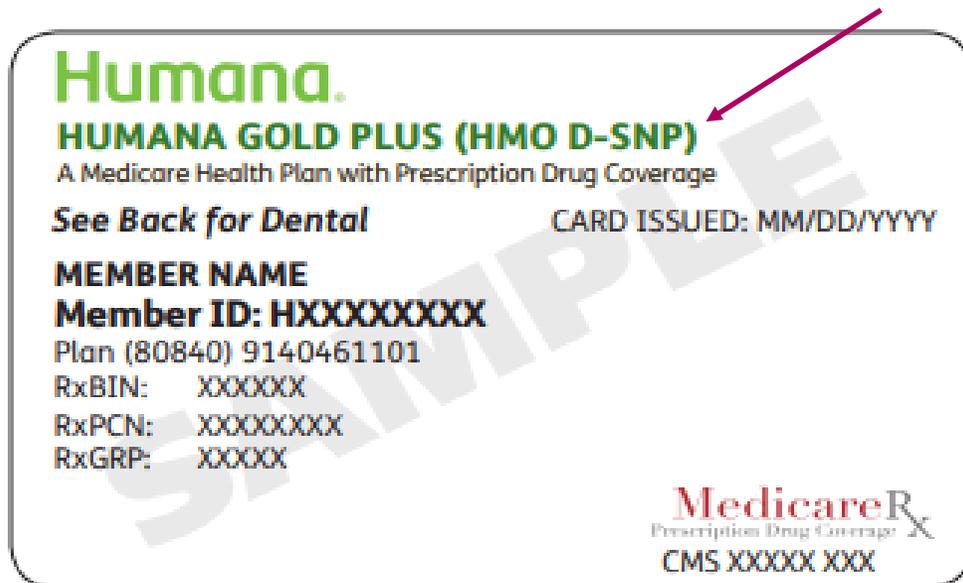
*Indica los estados donde Humana coordina el reembolso de los costos compartidos con la autoridad de Medicaid del estado.

† Indica dónde está disponible un IE-SNP.

Identificación de afiliados con planes SNP

- Los afiliados a SNP de Humana tienen una tarjeta de identificación específica.
- En el frente de la tarjeta, justo debajo del logotipo de Humana, se indica el tipo de SNP que tiene el afiliado. Los proveedores de cuidado de la salud pueden comunicarse con el servicio al cliente de Humana or visitar Availity.com para obtener esta información.
- Los afiliados a SNOP con doble elegibilidad deben presentar su tarjeta de identificación de Humana ly su tarjeta de Medicaid.

Ejemplos de tarjetas de identificación de Humana HMO SNP y PPO SNP



Presentación de reclamaciones de D-SNP según el estado

- **Alabama, Florida, Texas y Puerto Rico** — Humana recibe un pago por afiliado por mes (PMPM, por sus siglas en inglés) que cubre la parte del costo compartido que cubriría Medicaid para todas las categorías de protección de costo compartido.
 - Las partes de Medicare y Medicaid se pagan al mismo tiempo.

Requisitos de elegibilidad

Estado	Tipo de plan y PBP del contrato	Entidad legal	Subtipo	Categorías de elegibilidad cubiertas
<p>Puerto Rico</p>	<p>HMO - HIDE (AIP)</p> <p>H4007-016, 018, 019, 026, 027, <i>030</i></p>	<p>Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.</p>	<p>Sin costos compartidos de \$0</p>	<p>Afilia a todas las personas con doble elegibilidad, cuando un territorio no tiene categorías "tradicionales" de elegibilidad de Medicaid/no tiene acceso a protección de costos compartidos/no tiene la "Ayuda Adicional" de las Concesión por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés).</p>

*Indica las categorías de protección de costos compartidos para ese estado.

La fuente roja indica cambios para 2024.

Resumen de beneficios

- Los proveedores de cuidado de la salud pueden ayudar a los afiliados a comprender sus beneficios accediendo a su Resumen de beneficios.
- El resumen contiene una comparación de los beneficios disponibles para el afiliado a través de Medicaid o Humana. Ofrece información de contacto estatal de Medicaid si se indica un referido o la coordinación de beneficios.
- Para acceder al resumen del plan del afiliado, se debe hacer lo siguiente:
 - Inicie sesión en Availity.com.
 - Seleccione “Patient Registration” (Afiliación del paciente) en la parte superior izquierda de la página.
 - Elija “Eligibility and Benefits Inquiry” (Consulta de elegibilidad y beneficios).
 - Complete el formulario “New Request” (Nueva solicitud) para buscar los beneficios del afiliado.
 - Revise la sección “Plan Maximums and Deductibles” (Máximas y deducibles del plan) para determinar si un afiliado cuenta con protección de costos compartidos. CSP significa que no se le puede facturar el saldo al afiliado.
 - Seleccione el enlace “Medicare Certificate of Coverage” (Certificado de cubierta de Medicare).
 - Acepte el descargo de responsabilidad que indica que está saliendo del sitio de Availity. Se abrirá la página de Internet de Humana donde puede buscar el plan del afiliado mediante el código postal.
 - Asegúrese de revisar la sección “Plan Maximums and Deductibles” (Máximas y deducibles del plan) para determinar si un afiliado cuenta con protección de costos compartidos (CSP).

*CSP significa que no se le puede facturar el saldo al paciente.

Modelo de cuidado de los SNP de Humana

Según lo dispuesto en la sección 1859(f)(7) de la Ley de Seguro Social, cada SNP debe tener un modelo de cuidado (MOC, por sus siglas en inglés) aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA, Committee for Quality Assurance (NCQA, por sus siglas en inglés)). El MOC provee el marco básico mediante el cual cada SNP cubrirá las necesidades de los pacientes; sirve como base para promover procesos de calidad, de gestión del cuidado y de coordinación del cuidado de los SNP.

El MOC de Humana tiene 4 metas:

- Mejorar los resultados de los afiliados coordinando el cuidado y garantizando las transiciones en el cuidado.
- Mejorar el acceso de los afiliados a los servicios y beneficios, y la utilización de estos.
- Aumentar la satisfacción de los afiliados con su experiencia en el cuidado de la salud y su estado de salud.
- Garantizar la prestación de servicios eficiente desde el punto de vista económico.

Humana alcanza estas metas mediante lo siguiente:

- La realización de evaluaciones de riesgos para la salud (HRA, por sus siglas en inglés) para identificar las necesidades que representan un riesgo.
- El desarrollo de un plan de cuidado para abordar las necesidades identificadas.

HRA e ICP

Evaluaciones de riesgos para la salud (HRA)

- Se administran dentro de los 90 días de la afiliación y dentro de los 365 días de una evaluación previa.
- Producen un perfil de estado de salud actual y un puntaje general de riesgo.
- Permiten la estratificación de los pacientes en niveles de intervención (LOI, por sus siglas en inglés) para determinar el nivel mínimo de alcance practivo.

Plan de cuidado individualizado (ICP, por sus siglas en inglés)

- Lo desarrolla el administrador de cuidados con aportes de los afiliados y de los proveedores de cuidado de la salud.
- Se basa en los resultados de la HRA y en los niveles de intervención (LOI).
- Incluye metas, objetivos, intervenciones y resultados medibles.
- Aborda servicios y beneficios específicos disponibles.
- El administrador de cuidados lo revisa y lo actualiza durante el proceso de reevaluación anual, cuando se produce un cambio significativo en el estado de salud del afiliado, a pedido del afiliado o cuando el administrador de cuidados lo considera necesario.
- Se reemplaza por un plan de cuidado básico cuando no es posible comunicarse con el afiliado o este se niega a participar.

Equipo de cuidado interdisciplinario (ICT)

- Humana reúne a un equipo de proveedores de diversas disciplinas profesionales que trabajan en conjunto para brindar cuidado.
- Los servicios se centran en la planificación del cuidado para apoyar al afiliado y optimizar su calidad de vida.
- Un equipo de cuidado interdisciplinario (ICT, por sus siglas en inglés) normalmente incluye a las siguientes personas:
 - El afiliado o los cuidadores del afiliado
 - El proveedor del afiliado
 - Los administradores y coordinadores de cuidado clínico de Humana
 - Los trabajadores sociales y proveedores de servicios sociales comunitarios
 - El profesional de la salud del comportamiento de Humana o del afiliado
- Al inicio del año calendario 2024, se recomienda que todos los afiliados que tengan un SNP realicen un encuentro en persona con un miembro del ICT.
 - Ejemplos de tipos que cualifican: la visita anual de bienestar que realiza el proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) cumple con los requisitos de los CMS, cuidado preventivo, tratamiento y manejo de condiciones de salud, actividades de administración de cuidados y salud del comportamiento.
 - El encuentro en persona debe completarse de manera presencial o mediante tele salud visual, interactiva y en tiempo real.

La función del proveedor de cuidado de la salud

- Recibir y revisar evaluaciones de riesgos para la salud, según corresponda.
- Completar el formulario de verificación de condiciones crónicas (VCC, por sus siglas en inglés) para los afiliados que tengan un C-SNP.
- Colaborar con el administrador de cuidados para desarrollar y modificar el plan de cuidado.
- Participar en conferencias sobre el cuidado, ya sea por teléfono, mediante el intercambio de comunicaciones escritas y, si en posible, en persona para promover la coordinación del cuidado.
- Promover las medidas de calidad del Conjunto de datos e información sobre la efectividad de los servicios de cuidado de la salud (HEDIS[®], por sus siglas en inglés). Estas con las medias del HEDIS exclusivas para los SNP:
 - Reconciliación de los medicamentos tras el alta
 - Cuidado de adultos mayores

Elementos del MOC de los SNP: el administrador de cuidados personalizados

El administrador de cuidados actúa como el punto de contacto principal para los afiliados que tienen un SNP y es responsable de la implementación y la supervisión de todos los aspectos de la administración del cuidado. Las tareas del administrador de cuidados incluyen las siguientes:

- Actuar como el "director de orquesta" clínico y vincular a los afiliados y a los participantes del ICT
- Coordinar el cuidado del ICT: médicos, farmacia, etc.
- Administrar las HRA
- Ayudar con el ICP
- Planificar y respaldar las altas
- Educar a los afiliados y a sus cuidadores
- Ofrecer apoyo de la salud e investigaciones para los afiliados
- Conectar a los afiliados con recursos comunitarios y servicios sociales
- Brindar orientación para instrucciones anticipadas/el final de la vida

Recursos

Manual de Cuidado Administrado de Medicare

- [Capítulo 5](#)
- [Capítulo 16-B](#)

El artículo de MLN Matters sobre la facturación de saldos se puede encontrar [aquí](#)

MOC de los SNP: Consejería de CMS

- [Capítulo 5: Evaluación de calidad del Manual de cuidado administrado de Medicare](#)