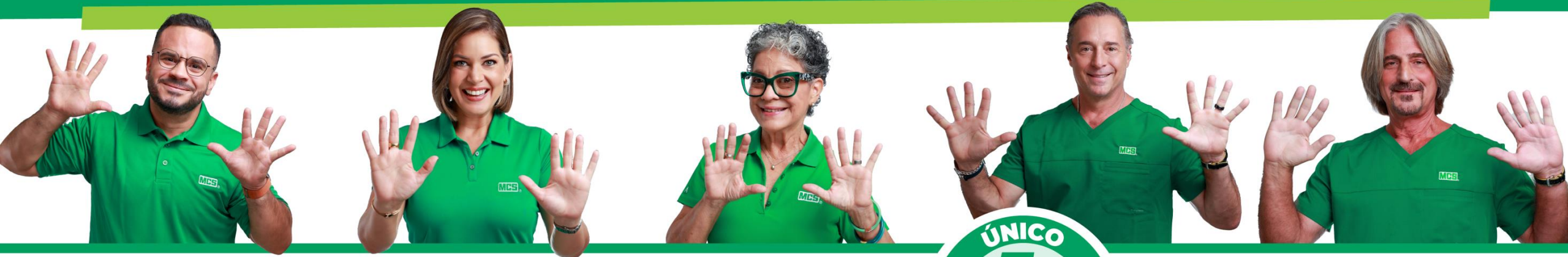


ADIENTRAMIENTO DEL MODELO DE CUIDADO PARA PLANES DE NECESIDADES ESPECIALES 2025

Enero
2025



Objetivos

Al finalizar el adiestramiento podrás:

- ❖ Identificar los cuatro (4) elementos que componen el Modelo de Cuidado.
- ❖ Describir el Modelo de Cuidado que MCS Classicare ofrece a los afiliados con necesidades especiales de elegibilidad dual (D-SNP) o afiliados con condiciones crónicas (C-SNP).
- ❖ Definir el equipo de cuidado interdisciplinario para la población D-SNP y C-SNP.
- ❖ Explicar el rol integral que tienen los empleados y proveedores en el Modelo de Cuidado de MCS Classicare.



Definiciones

- **C-SNP MOC** (*Chronic Conditions Special Needs Plan Model of Care*): Modelo de cuidado para afiliados con ciertas condiciones crónicas.
- **CAHPS** (*Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*): Encuesta que reúne, evalúa y reporta sobre la experiencia (percepción) de los afiliados en relación con los servicios recibidos por parte de los planes de salud y proveedores.
- **CHRAT** (*Comprehensive Health Risk Assessment Tool*): Herramienta que utiliza el personal clínico para identificar necesidades y factores de riesgo en el afiliado.
- **CM** (*Care Management*): Programa de Manejo de Cuidado/Manejador de Cuidado.
- **DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD** (*SDOH-Social Determinants of Health*): Describe los diversos factores sociales, ambientales y económicos que pueden influenciar las condiciones del estado de salud, que a menudo pueden tener un mayor impacto en los resultados de salud del individuo, que la propia prestación de servicios de salud.
- **D-SNP MOC** (*Dual Eligible Special Needs Plan Model of Care*): Modelo de cuidado para afiliados con elegibilidad dual.
- **HEDIS** (*Healthcare Effectiveness Data and Information Set*): Conjunto de medidas de desempeño estandarizadas relacionadas con la atención y el servicio desarrollado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés).
- **HOS** (*Health Outcomes Survey*): Es la primera medida de resultados comunicada por el paciente y utilizada en el manejo del cuidado de Medicare.
- **ICP** (*Individualized Care Plan*): Plan de cuidado individualizado creado para el afiliado.
- **ICT** (*Interdisciplinary Care Team*): Equipo de cuidado interdisciplinario para afiliados SNP compuesto por el médico primario y el afiliado, y otros expertos de la salud, si aplica.
- **PCP** (*Primary Care Physician*): Médico primario responsable del cuidado principal del afiliado bajo el Modelo de Cuidado.

Trasfondo de los Planes de Necesidades Especiales (SNP)

Es importante conocer que la regulación **42 CFR §422.101(f)** de CMS requiere que toda organización *Medicare Advantage* (MA) implemente un Modelo de Cuidado (MOC) para sus afiliados con necesidades especiales, que cuente con una red de proveedores apropiada y especialistas designados para satisfacer sus necesidades de salud y mejorar su calidad de vida.

2003

Bajo el *Medicare Modernization Act*, el Congreso de Estados Unidos estableció los Planes de Necesidades Especiales (SNP) como requisito para los planes *Medicare Advantage* (MA).

Los SNPs se clasificaron en tres (3) categorías:

1. Elegibilidad Dual (D-SNP)
2. Condiciones Crónicas (C-SNP)
3. Individuos Institucionalizados (I-SNP)

2012

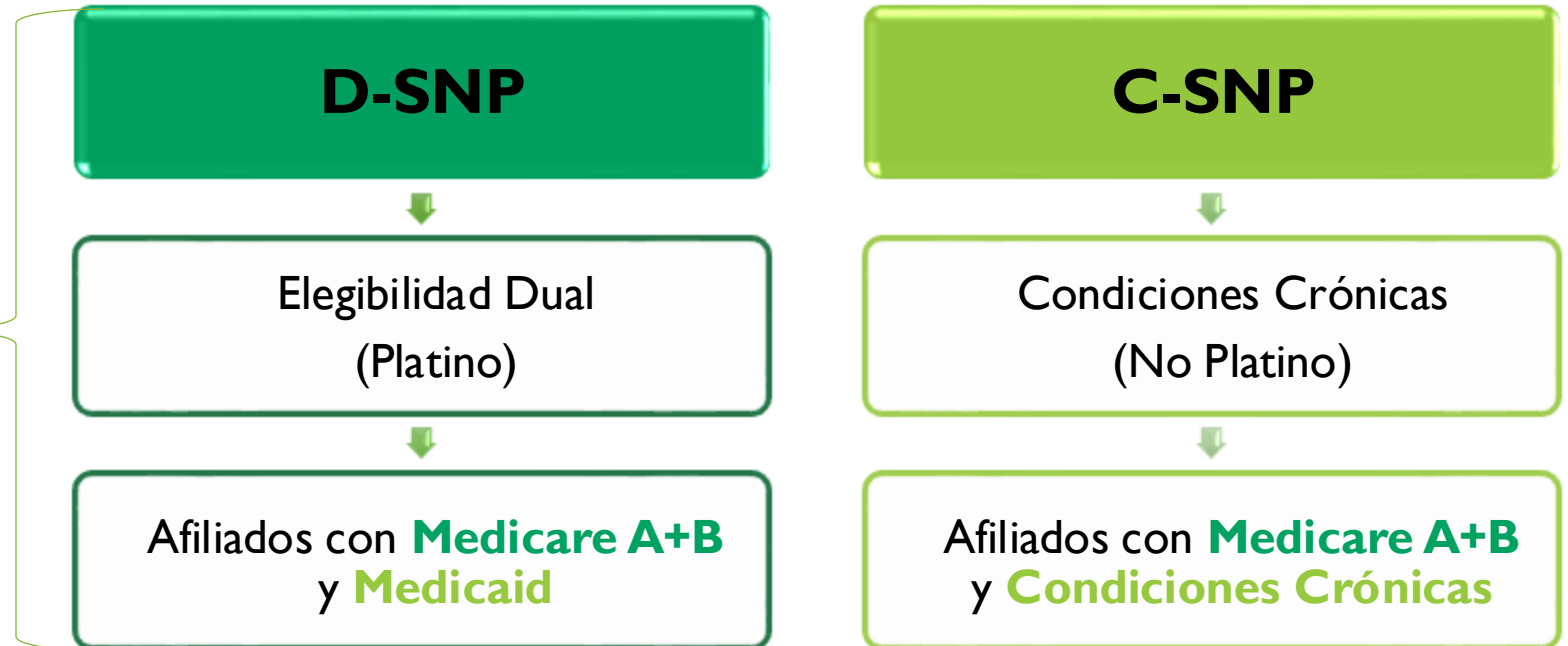
El *Affordable Care Act* enmienda la sección 1859(f)(7) del *Social Security Act*.

Requiere que todos los planes MA que ofrezcan planes SNPs sometan a CMS un Modelo de Cuidado (MOC) para evaluación y aprobación del NCQA (*National Committee for Quality Assurance*) que asegure el cumplimiento con las guías establecidas por CMS.

Modelo de Cuidado (MOC)

CMS describe el MOC como una herramienta vital de mejoramiento de calidad que integra componentes para asegurar que las necesidades únicas de cada afiliado se identifiquen y sean atendidas a través de las prácticas de manejo de cuidado del plan. El MOC provee la infraestructura necesaria para promover la calidad, el manejo de cuidado y los procesos de coordinación de cuidado para los afiliados SNPs.

MCS Classicare cuenta con **dos (2) modelos** de cuidado en planes de salud para personas elegibles.
Estos son:



Planes MCS Classicare SNP 2025

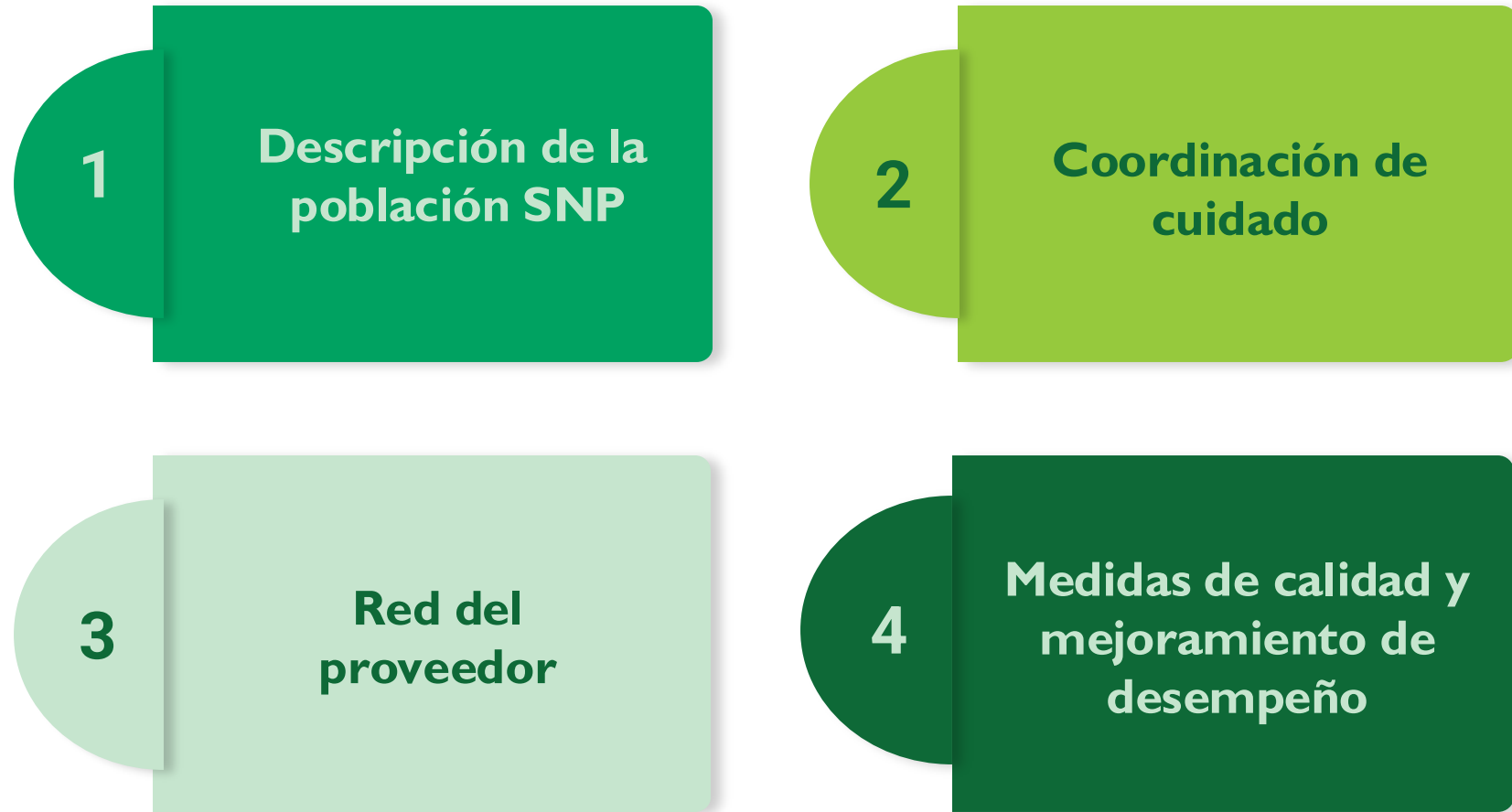
En el **2025**, MCS Classicare cuenta con cinco planes Platino para la población D-SNP y un plan para la población con condiciones crónicas, C-SNP.

MCS Classicare		
Nombre del plan	Número de contrato	Número de grupo
Platino Ideal (HMO D-SNP)	H5577-002 (Renovación)	850756
Platino Progreso (HMO D-SNP)	H5577-017 (Renovación)	850717
Platino MásCa\$h (HMO D-SNP)	H5577-029 (Renovación)	850723
Platino Total (HMO D-SNP)	H5577-046 (Renovación)	850749
Platino Máximo (HMO D-SNP)	H5577-054 (Renovación)	850752
Primero (HMO C-SNP)	H5577-038 (Renovación)	850757

Población total de MCS Classicare al 1 de enero de 2025:
D-SNP **146,187** afiliados | C-SNP **17,900** afiliados

Modelo de Cuidado (MOC)

El MOC se compone de **cuatro (4) elementos**. Estos son:



1

Descripción de la población SNP



MOC I: Descripción de la población SNP

Población más vulnerable D-SNP y C-SNP

La población **D-SNP** y **C-SNP** más vulnerable es parte de la población total **MCS Classicare** identificada con riesgos de salud complejos que requieren intervención de parte de un **manejador de cuidado** para asistirle en sus necesidades.



- Elegibilidad
- Factores sociales, cognitivos y ambientales
- Condiciones de vida
- Comorbilidades
- Condiciones de salud física y mental
- Características específicas identificadas en la población

MOC I: Descripción de la población SNP

Servicios especializados para la población D-SNP y C-SNP

- Servicios de transportación para citas médicas.
- Educación en salud para los afiliados con condiciones crónicas.
- Servicios especiales suplementarios:
 - Transportación a lugares no relacionados a la salud (dentro de la red)
 - Aportaciones para la compra de alimentos saludables, así como el pago de electricidad, agua, teléfono, internet, entre otros servicios.
 - Asistencia en el hogar:
 - ✓ Reparaciones y servicios simples: corte de grama simple, peluquería (lavado, corte y secado), plomería, reparaciones electricidad, servicio de cerrajería, limpieza/desinfección preventiva al hogar, control de plagas y asistencia tecnológica.

- Cero costos compartidos de los servicios dentales cubiertos, reconociendo el vínculo entre la salud dental y el manejo de las condiciones crónicas.
- Algunas cubiertas incluyen el beneficio de cuidado de los pies en el hogar que incluye corte y limado de uñas, limpieza de pies, exfoliación de callos, entre otros servicios.
- Evaluación comprensiva de riesgo de salud, que incluye:
 - Evaluación de integridad de la piel
 - Evaluación de determinantes sociales de salud y la necesidad de servicios comunitarios o servicios no clínicos
 - Evaluación del conocimiento de sus condiciones de salud
 - Revisión de medicamentos

2

Coordinación de cuidado



MOC 2: Coordinación de Cuidado

La coordinación de cuidado establece lo siguiente:

Coordinar y evaluar la efectividad de la prestación de los servicios contemplados en el MOC.

Asegurar que todas las necesidades de salud y preferencias en servicios de los afiliados SNPs sean cubiertas.

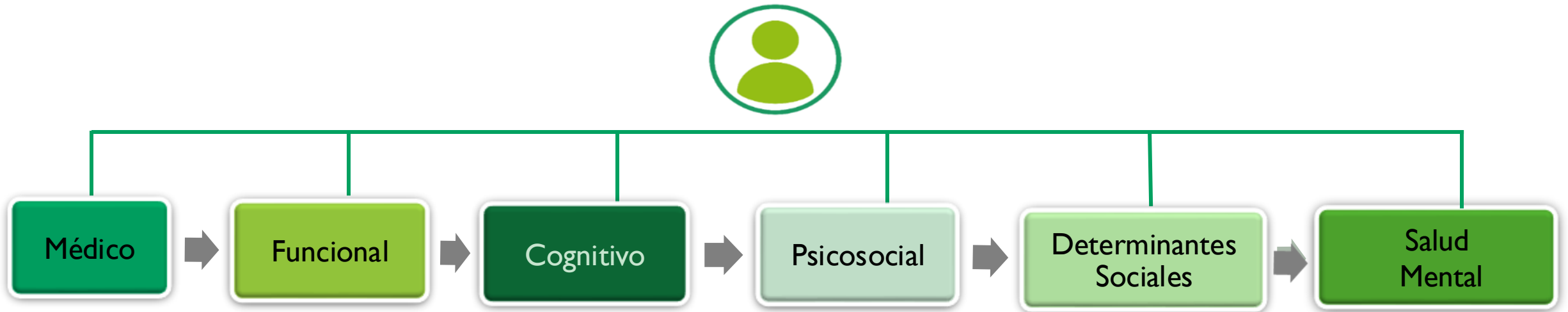
Asegurar que se comparta la información médica entre los profesionales de salud, maximizando la efectividad, la eficiencia, la alta calidad en los servicios y mejorando los resultados de salud de los afiliados.



MOC 2: Coordinación de Cuidado

Evaluación de Riesgo de Salud

La Evaluación de Riesgo de Salud (HRA, por sus siglas en inglés) es una herramienta diseñada para recopilar todos los elementos que ayuden a identificar las necesidades de nuestros afiliados. Estos son:



Las secciones del HRA son cuidadosamente seleccionadas por el Equipo de Cuidado Interdisciplinario (ICT, por sus siglas en inglés) para evaluar posibles riesgos y necesidades en el afiliado, tanto clínicas como no clínicas.

Las necesidades identificadas en el HRA determinan el nivel de riesgo de salud del afiliado SNP en una de las siguientes tres (3) categorías: **Leve, Moderado o Severo**. También se genera el plan de cuidado individualizado, y se comparte con el afiliado y su PCP.

MOC 2: Coordinación de Cuidado

Evaluación de Riesgo de Salud

El *Comprehensive Health Risk Assessment Tool* (CHRAT, por sus siglas en inglés) es administrado por el PCP y es inclusivo del ICT.

El proceso del CHRAT permite al PCP o al médico obtener un perfil de salud actualizado de sus pacientes y desarrollar el Plan de Cuidado Individualizado (ICP, por sus siglas en inglés) junto con el afiliado al momento de la administración.

El Plan de Cuidado Individualizado contiene estrategias y recomendaciones personalizadas para ayudar al paciente a alcanzar sus metas de salud de manera efectiva, tomando en consideración las preferencias del paciente en el cuidado de su salud. La información compartida incluye problemas de salud, intervenciones, recomendaciones y metas medibles.

Un CHRAT inicial y anual se puede realizar cara a cara o a través de una cita médica de telesalud entre el PCP/médico y el afiliado.

El Plan de Cuidado y la Evaluación de Riesgo están accesibles a los miembros del ICT.

Cuando no es posible la reunión entre el PCP y el paciente para completar su CHRA, MCS Classicare provee recursos alternos que asisten al paciente para completar su HRA y recibir un plan de cuidado.

MOC 2: Coordinación de Cuidado

Encuentros cara a cara (*face-to-face encounters*)

La regulación 42 CFR § 422.101(f)(1)(iv) de CMS requiere que toda la población SNP reciba un encuentro cara a cara para facilitar que el afiliado pueda participar de servicios como:

- Cuidado de salud o manejo de cuidado o coordinación de servicios de su salud.
- Estos encuentros deben ocurrir con el consentimiento del afiliado, al menos anualmente dentro de los primeros 12 meses de afiliación.
- Estos encuentros se pueden proveer al afiliado SNP mediante visitas a su médico primario (PCP), servicios de telemedicina (videoconferencia), entre otros.

El propósito del encuentro cara a cara es evaluar el estado de salud actual del afiliado, así como situaciones en su cuidado de salud, para fomentar la discusión de alternativas de tratamiento disponible, la disponibilidad de recursos de la comunidad y establecer las metas para el cuidado de salud del afiliado.



MOC 2: Coordinación de Cuidado

Equipos de Cuidado Interdisciplinario

El equipo de Cuidado Interdisciplinario (ICT, por sus siglas en inglés) provee la estructura y los procesos necesarios para garantizar la coordinación de servicios de salud de nuestros afiliados del Plan de Necesidades Especiales, de acuerdo con el estado de salud y necesidades identificadas.

El médico primario (PCP, por sus siglas en inglés) y el afiliado o el representante del afiliado son el ICT. El ICT es responsable de desarrollar e implementar el Plan de Cuidado Individualizado (ICP, por sus siglas en inglés) del afiliado.

ICT alternativo:

- El ICT alternativo está compuesto por un médico de MCS y un manejador de cuidado.
- Si por alguna razón el afiliado y el PCP no pueden reunirse para discutir el ICP, entonces un ICT alternativo se reunirá en nombre del PCP y del afiliado.
- El ICT alternativo puede discutir en su reunión los planes de cuidado de afiliados.

ICT complejo:

- En consideración a aquellos afiliados que participan en manejo de cuidado y se identifican con la más compleja coordinación de cuidado, el Equipo de Manejo de Cuidado Complejo y otros participantes claves interactúan y tienen discusiones grupales cuando sea necesario para abordar las necesidades de los casos más desafiantes que han sido referidos por los gerentes de cuidado, coordinadores de salud mental/consejeros de salud conductual, médicos primarios o por otros participantes en el Equipo de Manejo de Cuidado Complejo.

MOC 2: Coordinación de Cuidado

Equipos de Cuidado Interdisciplinario

El afiliado o su representante, junto con su médico primario (PCP), constituyen el ICT.

Además del afiliado y su familia/cuidadores y el médico primario del afiliado, otros miembros del equipo pueden añadirse procedentes de las distintas disciplinas que prestan o coordinan servicios que abordan necesidades específicas del cuidado de condiciones crónicas.

El ICT es responsable de desarrollar un ICP que incluya metas/objetivos medibles, resultados medibles, así como todos los servicios apropiados para el afiliado basados en evaluaciones, discusiones con el afiliado, recomendaciones de Manejo de Cuidado o cualquier insumo de los proveedores según corresponda.

Considerando las necesidades médicas, funcionales, cognitivas, psicosociales y de salud mental de los afiliados, MCS Classicare utiliza un enfoque integrado para coordinar el cuidado que pudiera incorporar los siguientes: el equipo de Manejo de Cuidado de MCS, varios componentes de la red del proveedor, así como programas y recursos disponibles en la comunidad.

MOC 2: Coordinación de Cuidado

Plan de Cuidado Individualizado



Todos los afiliados de MCS Classicare reciben un Plan de Cuidado Individualizado, al menos, una vez al año o si se producen cambios mayores en el estado de salud del afiliado.

- Las respuestas de la Herramienta de Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA por sus siglas en inglés) se utilizan para desarrollar el Plan de Cuidado Individualizado inicial para cada afiliado dentro de los primeros 90 días de su afiliación. Luego, anualmente la Evaluación de Riesgo de Salud se actualiza y se genera un nuevo ICP.
- El ICP puede ser compartido con el afiliado y su PCP a través de diferentes métodos tales como: correo postal, a papel o electrónicamente.
- Los planes de cuidado individualizados D-SNP y C-SNP proveen la siguiente información: problemas, recomendaciones, intervenciones y metas medibles.

MOC 2: Coordinación de Cuidado

Plan de Cuidado Individualizado

Los ICPs proveen una estructura para organizar las metas de salud y documentar resultados. Incluyen, pero no se limitan a, los siguientes componentes esenciales:

- Las metas y objetivos de autocuidado del afiliado.
- Las preferencias personales del cuidado de salud del afiliado.
- Una descripción de los servicios específicamente enfocadas a las necesidades del afiliado.
- Identificación de metas (alcanzada o no alcanzada).
 - Si las metas del afiliado no se alcanzan, el ICT reevaluará el ICP actual y determinará las acciones alternas adecuadas.

MOC 2: Coordinación de Cuidado

Transición de Cuidado

Se identifica como el movimiento del afiliado de un entorno de cuidado de salud a otro, en el cual recibe servicios y cuidados de salud apropiados debido al cambio en su estatus de salud. En cualquier escenario, cada proveedor designado tiene responsabilidad continua sobre el cuidado médico del afiliado.

Transición de cuidado para bajar de nivel:

- Ejemplo: del hospital a una facilidad de rehabilitación, y luego al hogar del afiliado.



Transición de cuidado para subir de nivel:

- Ejemplo: del hogar del afiliado al hospital.



MOC 2: Coordinación de Cuidado

Transición de Cuidado

MCS Classicare integra en el cuidado de salud al afiliado, al cuidador y al médico primary (o médico habitual) en el proceso de transición que ocurre antes, durante y después del cambio de un nivel de cuidado a otro.

La coordinación de cuidado garantiza que los afiliados que experimentan una transición se conecten con el proveedor adecuado basado en las circunstancias únicas del afiliado.

Notificación al médico primary:

- Una vez en conocimiento de la transición de un afiliado, MCS Advantage informa al médico primary del afiliado sobre la transición.
- Para eventos de cuidado agudo, la notificación ocurre a través del Portal de Proveedores.
- Para eventos luego de un cuidado agudo, MCS Advantage notifica la determinación al lugar que brindará el servicio, al afiliado y a su médico primary.

Al concluir la transición el plan de cuidado se revisa y se actualiza, de ser necesario, basado en las necesidades como resultado de la transición. Las actualizaciones del plan de cuidado se comparten con el afiliado y el médico primary.

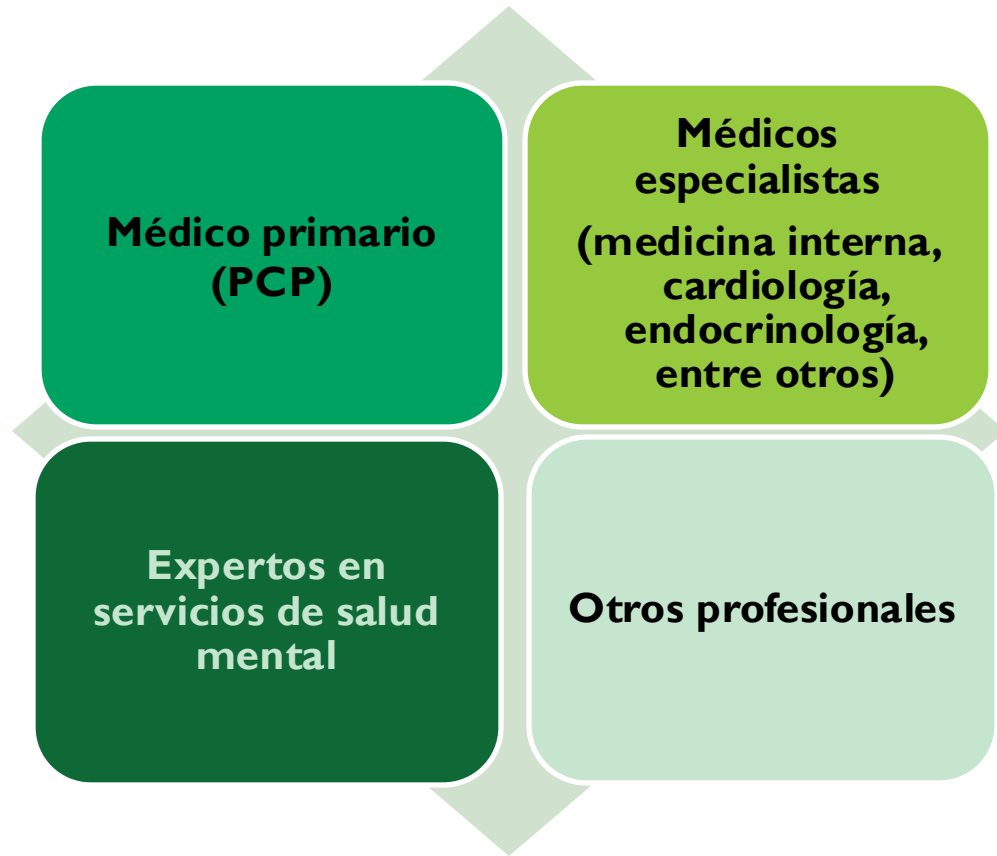
3

Red del proveedor



MOC 3: Red del Proveedor

La red del proveedor contratados por MCS Advantage está compuesta por:



La red del proveedor de MCS Advantage debe cumplir con los siguientes requisitos del MOC:

Utilizar guías clínicas y protocolos de transición de cuidado

- Ejemplo de guías clínicas: diabetes, asma, cáncer, entre otras

Participar de adiestramiento requerido del MOC

- Proveedores participantes
- Proveedores no participantes de la red
- Proveedores contratados por las entidades delegadas
- Personal de trabajo del proveedor
 - ✓ El equipo de trabajo del proveedor puede incluir persona de coordinación de cuidado, personal administrativo u otro personal clínico o de apoyo.

MOC 3: Red del Proveedor

Rol del médico primario y especialistas

Integrar al médico primario u otros proveedores en el manejo de cuidado del afiliado.

Utilizar las guías de práctica clínica adoptadas por MCS (disponibles en Provinet).

Revisar y actualizar el Plan de Cuidado Individualizado. Comunica, actualiza y responde a las preocupaciones o preferencias con el afiliado.

Proveer servicios a tiempo, garantizando la calidad en la continuidad de cuidado, tratamiento y servicios al afiliado.

Notificar al plan médico cualquier barrera que afecte el acceso a los servicios o el proceso de transición de cuidado.

Participar en la planificación del cuidado del paciente y fomentar su participación en el proceso de cuidado.

Participar en las reuniones del equipo de cuidado interdisciplinario (ICT) y mantener la comunicación con dicho equipo y el cuidador.

Dirigir al afiliado a un estilo de vida saludable, ofreciendo cuidado preventivo y educación acerca de su condición.



MOC 3: Red del Proveedor

Provinet: Herramienta para proveedores



A través de Provinet, el proveedor tiene acceso a:

- Asistencia al PCP para coordinar el cuidado del afiliado y evaluar el cumplimiento de su paciente en cuidados preventivos y medidas HEDIS.
- Guías clínicas tales como: diabetes, asma, cáncer, entre otras.
- Adiestramiento del MOC
- Referido para los Programas de Manejo de Cuidado
 - Pueden ser enviados al fax: 787.620.1336

4

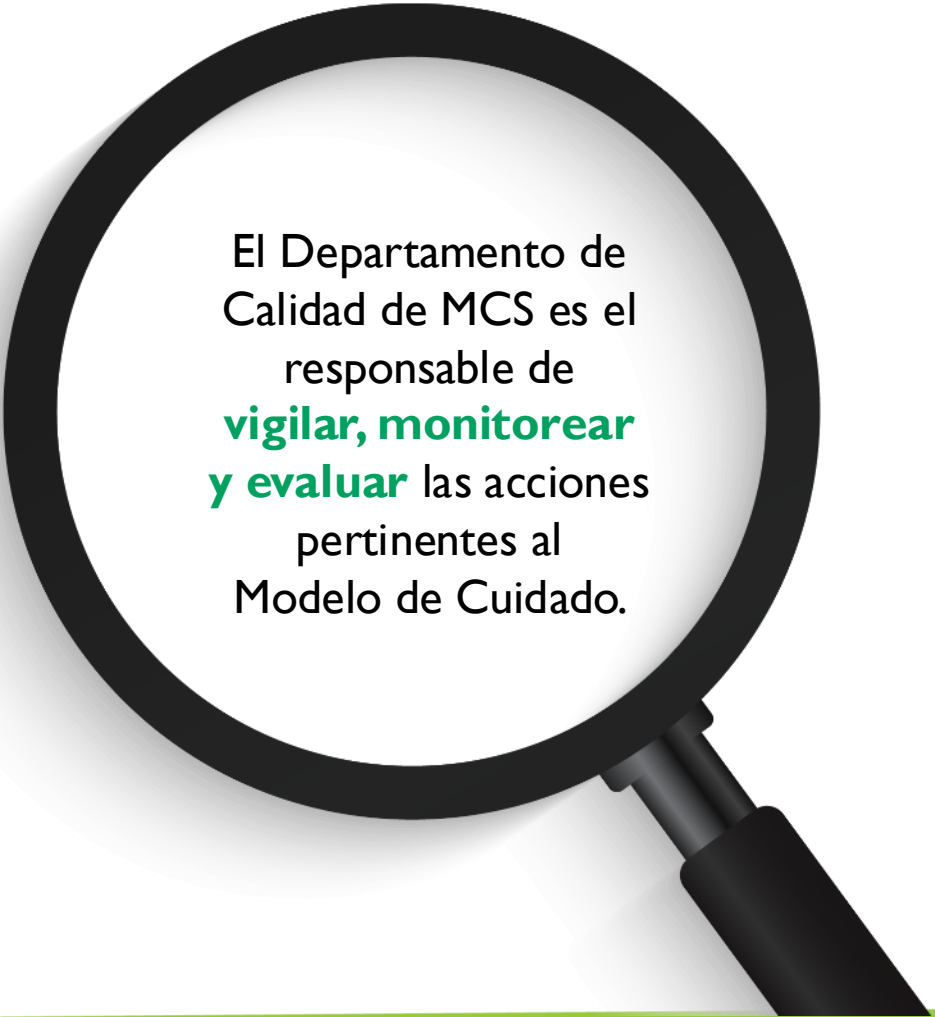
Medidas de calidad y mejoramiento de desempeño



MOC 4: Medidas de Calidad y Mejoramiento de Desempeño

Los requisitos que se deben cumplir en las medidas de calidad y mejoramiento de desempeño para ambos modelos de cuidado incluyen lo siguiente:

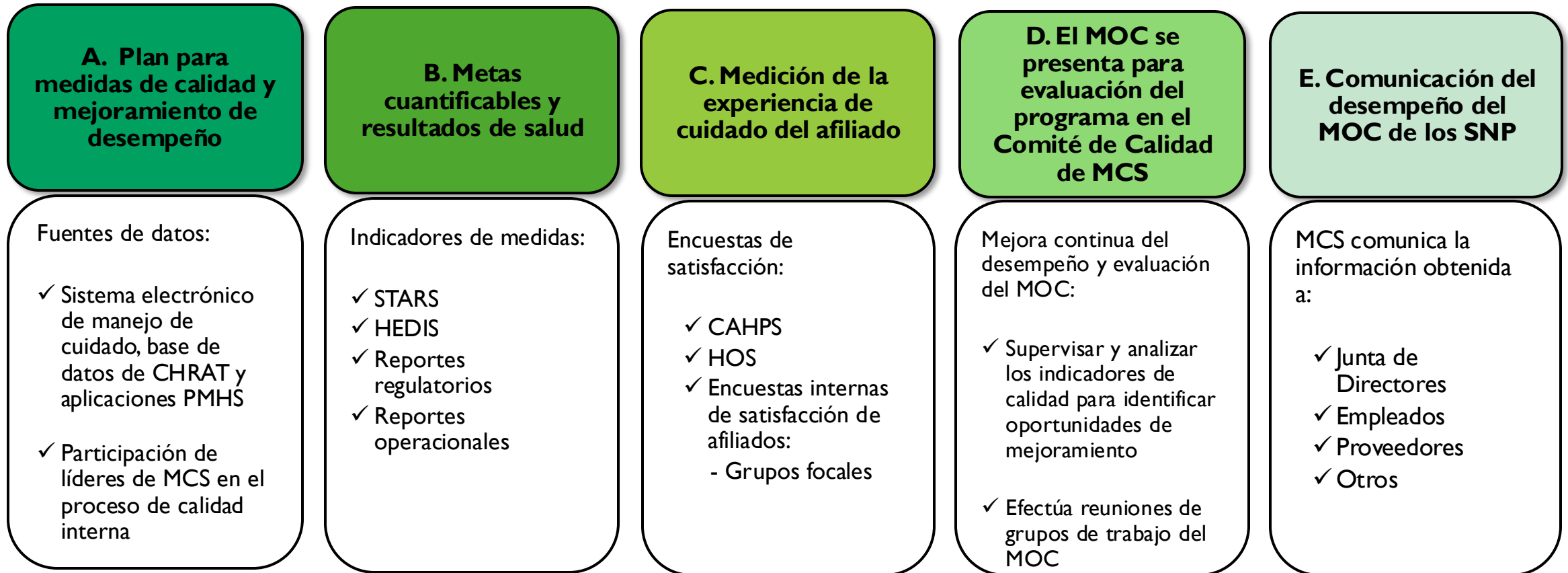
- El **MOC-Dual** actual de MCS Classicare se renueva cada tres (3) años.
- El **MOC-Crónico** actual de MCS Classicare se renueva anualmente.
- Los MOCs requieren la presentación y/o aprobación anual de la Junta de Directores de MCS, Comité de Mejoramiento de Calidad, Comité del MOC y Comité de Manejo de Utilización.
- El equipo de trabajo del MOC “*Task Force*”, compuesto por líderes de las áreas impactadas por el MOC, incluyendo las entidades delegadas, se reúne al menos seis (6) veces al año para discutir y monitorear el cumplimiento operacional con los requisitos del MOC.



El Departamento de Calidad de MCS es el responsable de **vigilar, monitorear y evaluar** las acciones pertinentes al Modelo de Cuidado.

MOC 4: Medidas de Calidad y Mejoramiento de Desempeño

El reporte de medidas de calidad y mejoramiento de desempeño según requerido en el MOC debe contener los siguientes:



Todos tenemos un rol integral muy importante y debemos:



Referencias

- MCS 2025 C-SNP Model of Care Description
- MCS 2024-2026 D-SNP Model of Care Description
- Medicare Managed Care Manual, Chapter 16-B: *Special Needs Plans* (Rev. 129, Issued: 08-11-23)
- Medicare Managed Care Manual, Chapter 5: *Quality Assessment* (Rev. 117, 08-08-14)
- MOC Scoring Guidelines CY 2026

¡Estamos para servirle!

Para cualquier información adicional comuníquese al:

- Favor incluir información de contacto de su compañía



Endoso Pagado. MCS Classicare es un plan HMO suscrito por MCS Advantage, Inc. Cada año, Medicare evalúa los planes basado en un sistema de calificación de 5 estrellas. Proveedores fuera de la red o no contratados no estan obligados a dar tratamiento a afiliados del plan, excepto en situaciones de emergencia. Por favor llame a nuestro número de servicio al cliente o vea su Evidencia de Cubierta para más información, incluyendo los costos compartidos que aplican a servicios fuera de la red. CAN_15070125