



Adiestramiento sobre los Planes de Necesidades Especiales para Médicos para 2023

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

Efectivo a partir del 1.º de enero de 2023

Humana®



Información breve sobre el libro de visitas

- Si está viendo esta presentación a través de nuestro adiestramiento en línea sobre el SNP de BrainShark en Humana.com/ProviderCompliance, asegúrese de ingresar toda la información solicitada en el libro de visitas que aparece al abrir la presentación. Esa información le permitirá a Humana otorgarle crédito por el adiestramiento y le garantizará que reciba un certificado de finalización después de ver la presentación.
 -
- Si tiene más de 4 números de identificación fiscal (TIN, por sus siglas en inglés) para certificar, envíe por correo electrónico una lista de todos sus TIN, incluidos el nombre del proveedor, la dirección, la fecha original y el nombre de la organización que utilizó para completar el adiestramiento a: NNO_ProviderCompliance@Humana.com.



¿Qué es un Plan de Necesidades Especiales?

Un Plan de Necesidades Especiales (SNP) es un plan de cuidado coordinado de Medicare Advantage creado específicamente para centrarse en las necesidades de algunos de sus pacientes más vulnerables.

En colaboración con usted, podemos trabajar para crear un plan de cuidado diseñado específicamente para cada afiliado de un SNP.



Humana ofrece tres tipos de SNP

- SNP para las personas con doble elegibilidad
 - Se identifica en la tarjeta de identificación del afiliado de Humana como **D-SNP**.
 - Cubre a los afiliados elegibles para Medicare y Medicaid.
- SNP para condiciones crónicas (C-SNP)
 - Se identifica en la tarjeta de identificación del afiliado de Humana como **C-SNP**.
 - Cubre a los afiliados elegibles para Medicare y Medicaid que tengan una de las siguientes condiciones:
 - Diabetes mellitus, desórdenes pulmonares crónicos, desórdenes cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica.
- SNP institucional o equivalente (I-SNP/IE-SNP)
 - Se identifica en la tarjeta de identificación del afiliado de Humana como **I-SNP** (esto también se aplica a los **IE-SNP**)
 - Cubre a los afiliados elegibles para Medicare y Medicaid.
 - La elegibilidad se basa en lo siguiente:
 - Confirmación de una internación mínima de 90 días en una facilidad contratada por Humana para ofrecer un I-SNP; o
 - Una evaluación de necesidades aprobada por los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) que confirme que la condición del paciente probablemente requiera una internación de 90 días.
 - Los pacientes que vivan en Illinois o Wisconsin que requieren un nivel de cuidado institucional pueden ser elegibles para un IE-SNP.

Información general sobre SNP

- La MA siempre es primaria.
- Los médicos/proveedores no pueden facturar el saldo a un beneficiario de Medicare cualificado (QMB, por sus siglas en inglés), también conocido como afiliado con protección de costos compartidos.
 - Consulte sus códigos de comentarios de asesoramiento sobre remesas (RARC, por sus siglas en inglés) que se encuentran en su Asesoramiento sobre remesas electrónicas (ERA, por sus siglas en inglés) y sus códigos EX que se encuentran en su documento Explicación tradicional de remesas (TEOR, por sus siglas en inglés) para ayudarle a identificar a los afiliados a los que no se les debe facturar el saldo.
- Los médicos o proveedores no pueden denegarle el servicio a un afiliado basándose en el estado de pagador secundario.
- Es posible que se proporcionen beneficios mejorados, como de la visión, dental, de la audición, de transporte de rutina y de medicamentos sin receta.

Pacientes con doble elegibilidad y protección de costos compartidos (CSP)

Las oficinas médicas NO pueden facturar a pacientes que tienen protección contra costos compartidos

- La ley federal prohíbe la facturación de saldos de pacientes protegidos contra costos compartidos.
- Los proveedores deben aceptar el pago de Humana o Medicaid como pago total, **incluso si** deciden no facturar a Medicaid.
- El proveedor debe cancelar cualquier saldo restante; no se puede facturar el saldo al paciente.

¿Qué es un paciente con protección contra costos compartidos (CSP)?

- El CSP es una categoría de doble elegibilidad que define el tipo de beneficios de Medicare que recibe un paciente.
- En el caso de los pacientes con estado de CSP, su parte correspondiente a sus deducibles, copagos y coaseguros de la Parte A y B se **reduce a \$0**.
- Puede encontrar el estado de CSP de un paciente en Availity.com o puede verificarlo llamando al Servicio al Cliente de Humana al **800-626-2741**.

¿Qué dice el contrato con Humana?

El anexo (r) de las disposiciones de Medicare Advantage de Humana establece que *“El médico acepta no cobrar ni intentar cobrar copagos, coaseguros, deducibles u otros montos de costos compartidos de ningún Afiliado de Medicare Advantage de Humana que haya sido designado como Beneficiario Cualificado de Medicare (“QMB”, por sus siglas en inglés) por los CMS”*.

Para obtener más información sobre la facturación de saldos y los beneficiarios con doble elegibilidad, visite:

[CMS.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/MLN-Publications-Items/CMS1244469.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/MLN-Publications-Items/CMS1244469.html).

Disponibilidad de los SNP de Humana para 2023

Estado	SNP doble	SNP para condiciones crónicas	I-SNP
Alabama*	✓		
Arkansas	✓	✓	
California	✓		
Colorado	✓		
Connecticut	✓		
Delaware	✓		
Florida*	✓	✓	
Georgia	✓	✓	✓
Illinois			✓
Indiana	✓	✓	
Iowa	✓	✓	
Kansas		✓	
Kentucky	✓	✓	
Luisiana	✓		
Maine	✓		
Michigan	✓		
Misisipi	✓	✓	
Misuri	✓	✓	
Montana	✓		

Estado	SNP doble	SNP para condiciones crónicas	I-SNP
Nebraska	✓		
Nevada	✓	✓	
Nueva York	✓		
Carolina del Norte	✓		
Ohio	✓	✓	
Oklahoma	✓	✓	
Oregón		✓	
Pensilvania	✓		
Carolina del Sur	✓	✓	✓
Dakota del Sur	✓		
Tennessee	✓		
Texas*	✓		
Utah	✓		
Virginia		✓	
Washington	✓		
Virginia Occidental	✓		
Wisconsin†			✓
Wyoming	✓		
Puerto Rico*	✓		

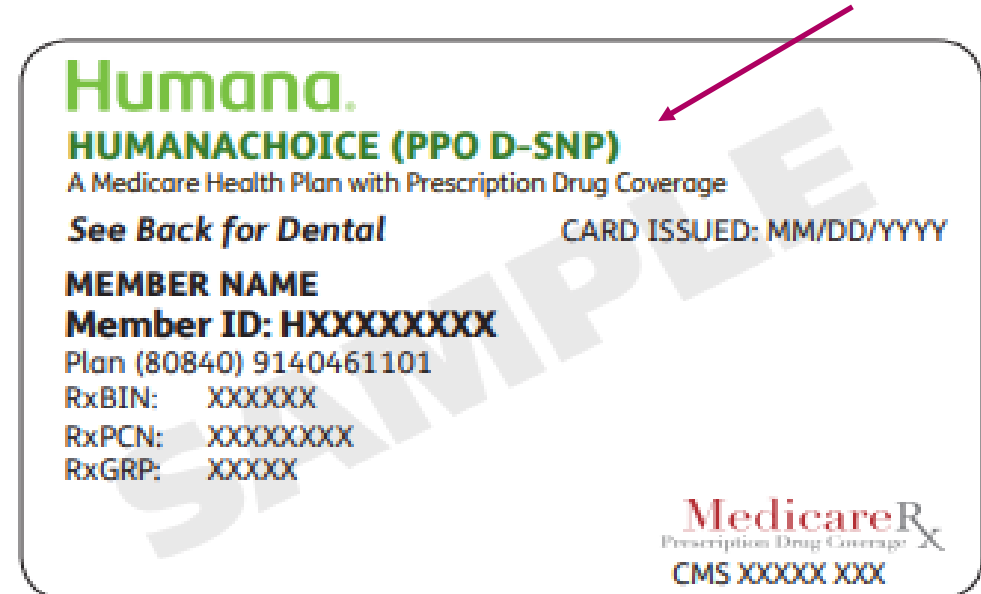
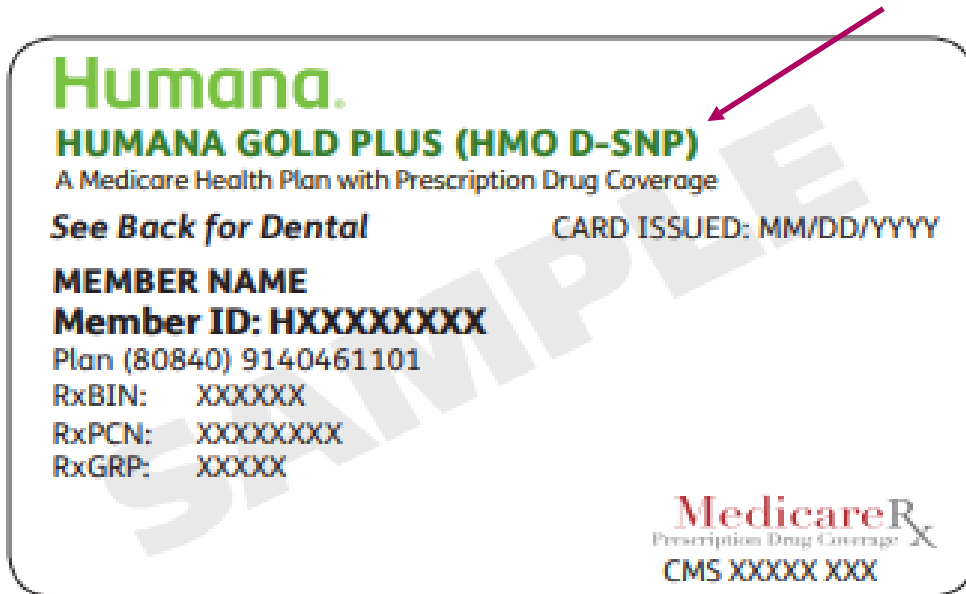
*Indica los estados donde Humana coordina el reembolso de costos compartidos con la autoridad estatal de Medicaid.

† Indica dónde está disponible un IE-SNP.

Identificación de pacientes con SNP

- Los pacientes con SNP de Humana tienen una tarjeta de identificación única.
- En el frente de la tarjeta, justo debajo del logotipo de Humana, se indica el tipo de SNP que tiene el paciente. Los proveedores de cuidado de la salud también pueden ponerse en contacto con el servicio de atención al cliente de Humana o visitar Availity.com para obtener esta información.
- Los pacientes que tienen un SNP con doble elegibilidad deben presentar su tarjeta de identificación de Humana y su tarjeta de Medicaid.

Muestras de tarjetas de identificación de SNP de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) y SNP de Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) de Humana



Presentación de reclamaciones del D-SNP por estado

- **Alabama, Florida, Texas y Puerto Rico:** Humana recibe un pago mensual por afiliado (PMPM, por sus siglas en inglés) que cubre la parte del costo compartido que Medicaid cubriría para todas las categorías protegidas de costos compartidos.
 - Las partes de Medicare y Medicaid se pagan al mismo tiempo.
- **Tennessee:** después de la adjudicación de la reclamación, Humana transmite las reclamaciones del D-SNP de Tennessee directamente a Tennessee Medicaid. Los proveedores no facturan a Tennessee Medicaid por la consideración del pago secundario.
- **Todos los demás estados:** el proveedor de cuidado de la salud le factura a Humana y luego a Medicaid por el pago secundario.

Resumen de beneficios

- Los proveedores de cuidado de la salud pueden ayudar a los pacientes a comprender sus beneficios al acceder a su resumen de beneficios.
- El resumen contiene una comparación de los beneficios disponibles para el paciente a través de Medicaid o Humana. Ofrece información de contactos de Medicaid del estado si se indica un referido o una coordinación de beneficios.
- Para acceder al resumen del plan del paciente:
 - Iniciar sesión en Availity.com.
 - Seleccionar “Patient Registration” (Afiliación de paciente) en la parte superior izquierda de la página.
 - Elegir “Eligibility and Benefits Inquiry” (Consultas sobre elegibilidad y beneficios).
 - Completar el formulario “New Request” (Nueva solicitud) para buscar los beneficios del paciente.
 - Revise la pestaña “Cobertura y beneficios” para determinar si un paciente tiene protección contra costos compartidos. CSP significa que no se puede facturar el saldo al paciente.
 - Seleccionar el botón “Medicare Certificate of Coverage” (Certificado de cubierta de Medicare).
 - Aceptar el relevo de responsabilidad que indica que abandonará la página de Availity. La página de Internet de Humana se abrirá en una ventana donde podrá buscar el plan del paciente por código postal.

Modelo de cuidado de SNP de Humana

Según lo dispuesto en la sección 1859(f)(7) de la Ley del 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, por sus siglas en inglés). El MOC proporciona el marco básico dentro del cual cada SNP atenderá las necesidades del paciente; sirve como base para promover la calidad del SNP, la gestión del cuidado y los procesos de coordinación del cuidado.

El MOC de Humana tiene cuatro objetivos:

- Mejorar los resultados de los pacientes al coordinar el cuidado y garantizar las transiciones de cuidado.
- Mejorar el acceso a los servicios y beneficios y el uso que los pacientes hacen de ellos.
- Aumentar la satisfacción de los pacientes con su experiencia de cuidado de la salud y su estado de salud.
- Garantizar una prestación de servicios rentable.

Humana logra estos objetivos al hacer lo siguiente:

- Realizar evaluaciones de riesgo de salud (HRA, por sus siglas en inglés) para identificar las necesidades de riesgo.
- Desarrollar un plan de cuidado para abordar las necesidades identificadas.

ICP y HRA

Evaluaciones de riesgo de salud (HRA)

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

Plan de cuidado individualizado (ICP)

- Es desarrollado por el administrador de cuidado con información del paciente y del proveedor de cuidado de la salud.
- Está basado en resultados de HRA y LOI.
- Incluye metas, objetivos, intervenciones y resultados medibles.
- Aborda los servicios y beneficios específicos disponibles.
- El administrador de cuidado lo revisa y actualiza durante el proceso de reevaluación anual, tras un cambio significativo en el estado de salud del paciente, a solicitud del paciente o cuando el administrador de cuidado lo considere necesario.
- Es reemplazado por un plan de cuidado básico cuando no se puede localizar al paciente o este se niega a participar.

Equipo interdisciplinario de cuidado (ICT)

- Humana compone un equipo de proveedores de diferentes disciplinas profesionales que trabajan juntos para brindar cuidado.
- Los servicios se centran en la planificación del cuidado para respaldar al paciente y optimizar su calidad de vida.
- Un equipo interdisciplinario de cuidado (ICT, por sus siglas en inglés) suele incluir a estas personas:
 - Paciente y/o cuidadores del paciente.
 - Proveedor del paciente.
 - Administradores y coordinadores de cuidado clínico de Humana.
 - Trabajadores sociales y proveedores de servicios sociales comunitarios.
 - Profesionales de salud del comportamiento de Humana o del paciente.
- A partir del CY2023, se anima a todos los afiliados del SNP a que completen un encuentro anual presencial con un afiliado de las ICT
 - Ejemplos de tipos que califican: La visita anual de bienestar realizada por el proveedor de cuidado primario cumple con el requisito de los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), cuidado preventivo, tratamiento y manejo de afecciones de salud, actividades de manejo del cuidado y salud conductual
 - El encuentro cara a cara debe completarse en persona o a través de un encuentro visual, interactivo de telesalud en tiempo real



El papel del proveedor de cuidado de la salud

- Recibir y revisar evaluaciones de riesgo de salud, según corresponda.
- Colaborar con el administrador de cuidado 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 es posible, en persona para promover la coordinación del cuidado.
- Promover las medidas de calidad del Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS®). Capturar estas medidas HEDIS solo para el SNP:
 - Conciliación de medicamentos después del alta.
 - Cuidado de adultos mayores.

Elementos del MOC del SNP: administrador de cuidado personalizado

El administrador de cuidado actúa como el punto de contacto principal para los pacientes con SNP y es responsable de implementar y supervisar todos los aspectos del manejo del cuidado. Los deberes del administrador de cuidado incluyen los siguientes:

- Actuar como coordinador clínico e involucrar a los pacientes y participantes de los ICT.
- Coordinar el cuidado del ICT: médicos, farmacia, etc.
- Administrar evaluaciones de riesgo de salud.
- Ayudar con el ICP.
- Planificar y justificar las altas.
- Educar al paciente y a sus cuidadores.
- Ofrecer a los pacientes apoyo de la salud e investigaciones.
- Conectar al paciente con recursos comunitarios y servicios sociales.
- Proporcionar orientación para el final de la vida o sobre las directivas anticipadas.

Recursos

Manual de Atención Administrada de Medicare

- Capítulo 5: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/mc86c05.pdf>
- Capítulo 16-B: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/mc86c16b.pdf>

Artículo de MLN Matters sobre la facturación de saldos: <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/SE1128.pdf>

MOC del SNP: Guía de los CMS

- Capítulo 5: Evaluación de la Calidad del Manual de Atención Administrada de Medicare: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/mc86c05.pdf>

Para obtener más información:

- Visite Humana.com/Provider
- Llame al Departamento de Relaciones con los Proveedores de Humana al **800-626-2741**
- Correo electrónico: NNO_ProviderCompliance@Humana.com



¿Tiene TIN adicionales para los que está certificando?

Reserve esta diapositiva para la autorización para solicitar una encuesta que los proveedores puedan responder introduciendo TIN, NPI y direcciones adicionales.