

# Adiestramiento Modelo de Cuidado (MOC) Proveedores

2023



Rev. 02/2023



# Requerimiento de CMS

- Según estipulado por la agencia reguladora CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid), todos los empleados, proveedores y entidades delegadas tienen que ser adiestrados en los elementos del MOC al momento de ser contratados y luego anualmente.



# Objetivos

Al finalizar esta lección sobre la Introducción al Modelo de Cuidado, aprenderás a:



## Objetivo 1

Describir los Planes de Necesidades Especiales (SNP) y la población que atiende el MOC *Chronic Condition Special Needs Plans* (C-SNPs) y *Dual Eligible Special Needs Plans* (D-SNPs)

## Objetivo 2

Definir y reconocer los cuatro elementos del MOC.

## Objetivo 3

Reconocer componentes esenciales en la coordinación de cuidados del MOC.



# Definiciones

**CAHPS (Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Salud):** Encuesta que recopila, evalúa e informa sobre la experiencia (percepción) de los afiliados en relación con los servicios recibidos de la aseguradora y los proveedores.

**HEDIS:** Conjunto de Datos e Información de la Eficacia de la Atención Médica.

**CM (Manejo de Cuidado):** Programa de Manejo de Cuidado/Manejador de Cuidado.

**HOS (Encuesta de Resultados de Salud):** Encuesta que recopila datos válidos y clínicamente significativos sobre el bienestar mental y físico de los afiliados.



# Definiciones

**HRA (Evaluación de Riesgos para la Salud):** Evaluación realizada por los médicos o Manejadores de Cuidado para identificar las necesidades y factores de riesgo de los afiliados.

**ICP (Plan de Cuidado Individualizado):** Plan de Cuidado Individualizado creado para el afiliado.

**ICT (Equipo Interdisciplinario):** Equipo de Atención Interdisciplinaria responsable del desarrollo del plan de cuidado, coordinación de la atención y ejecución del plan.

**PCP (Médico Primario):** Médico que es principalmente responsable de la atención del afiliado bajo el Modelo de Cuidado.





# Special Needs Plan (SNP)



# Trasfondo



Los planes de necesidades especiales (SNP's) se crearon como parte de la Ley de Modernización de Medicare en 2003.



En el 2010, el “Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)” reforzó la importancia del Modelo de Cuidado (MOC) como un componente fundamental para los SNP's. El ACA requiere que el Comité Nacional para la Garantía de Calidad (NCQA) ejecute la revisión y aprobación del MOC basado en normas y criterios de puntuación establecidos por CMS.



Los planes Medicare Advantage deben diseñar paquetes especiales de beneficios para los grupos con necesidades de atención médica distinta. Estos paquetes, a través de mejoras en la coordinación de servicios, proporcionan beneficios adicionales, mejoras en el cuidado y disminución en el costo de los servicios para los más vulnerables.



La Regulación 42 CFR 42.101(f) de CMS requiere que todas las organizaciones de MA deben implementar un Modelo de Cuidado para sus miembros con Necesidades Especiales para satisfacer sus necesidades de salud y mejorar su calidad de vida.

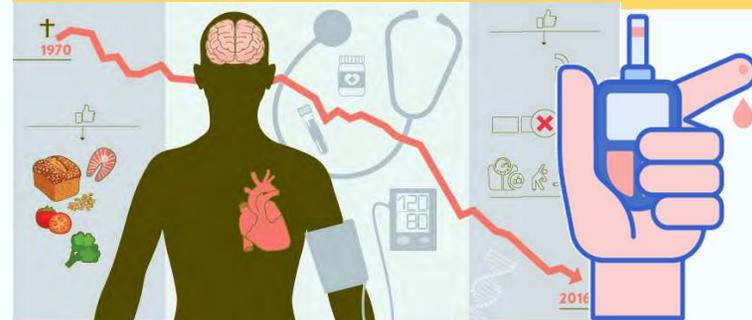
# ¿Qué se considera un individuo con necesidades especiales?

Un individuo con necesidades especiales podría ser cualquiera de los siguientes:

**Individuo con elegibilidad a Medicare y al Plan de Salud del Gobierno (Medicaid) D-SNP**



**Una persona con una condición crónica o incapacitante, según lo especifica CMS\* C-SNP**



TSS tiene un contrato con Medicare y ASES para ofrecer planes Platino a sus beneficiarios elegibles.



\*Nota: CMS Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS, es parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.



# Poblaciones de Necesidades Especiales de Triple-S

## Población de D-SNP

- ✓ La población elegible dual son afiliados con Medicare y Medicaid.
- ✓ Estas personas se afilian a nuestros productos Platino disponibles.



## Población de C-SNP

- ✓ Confirmación de la condición mediante certificación del médico antes de la afiliación.

**C-SNP**

Diabetes  
(DM) Tipo  
1 y Tipo 2

Insuficiencia  
Cardíaca  
Crónica  
(CHF)



Condiciones  
cardiovasculares



# Poblaciones de Necesidades Especiales de Triple-S

## Población de D-SNP

Name Plan	Members
Platino Plus	15,231
Platino Ultra	3,743
Platino Advance	3,056
Platino Blindao	7,733
Platino Alcance	976
Platino Titán	11,943
<b>Total</b>	<b>42,682</b>

## Población de C-SNP

- ✓ Producto C-SNP de Triple-S
  - Contigo Plus (022)
  - Membresía – 1,608

\* Membresías al 24 de febrero del 2023



# Modelo de Cuidado (MOC)



# Modelo de Cuidado (MOC)

Según lo dispuesto en la sección 1859 (f) (7) de la Ley de Seguridad Social, cada SNP debe tener un Modelo de Cuidado (MOC) aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA).

Proporciona la estructura básica bajo la cual el SNP debe satisfacer las necesidades de cada uno de sus afiliados a través de los procesos de coordinación de cuidados.

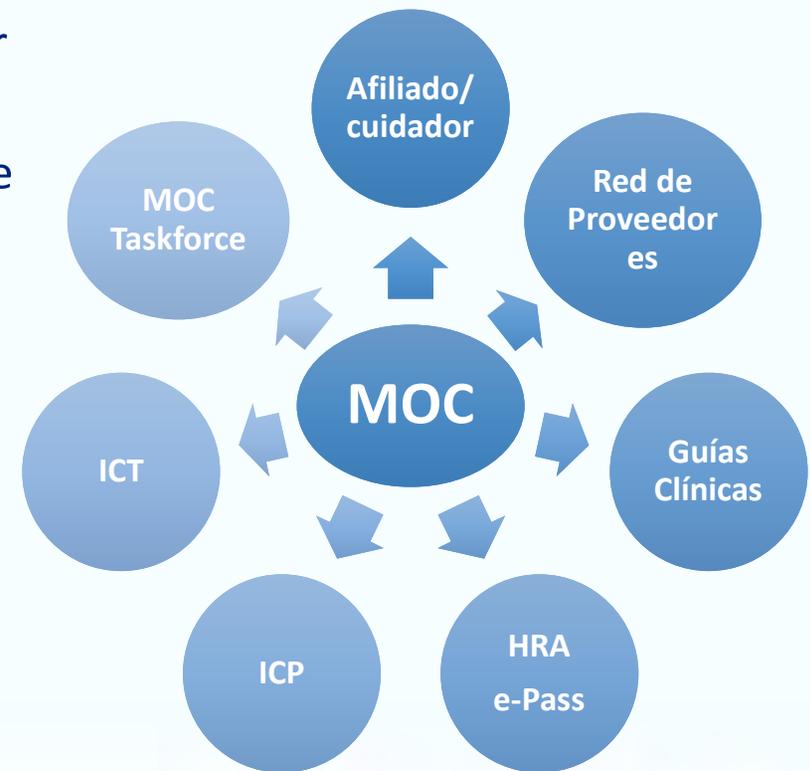
Es una herramienta vital de mejora de la calidad y un componente integral para garantizar que las necesidades únicas de cada afiliado sean identificadas por el SNP y se aborden a través de las prácticas de los programas de manejo de cuidado de cada plan.

<https://www.cms.gov/Medicare/Health-Plans/SpecialNeedsPlans/SNP-MOC>



# Componentes que apoyan el MOC

- TSA MOC tiene la estructura para comunicar y satisfacer las necesidades de nuestros miembros de SNP.
- Se comunica regularmente con el afiliado y su PCP sobre el manejo médico, cognitivo, mental, psicosocial y funcional del miembro e incluye al cuidador según sea necesario.
- Las iniciativas facilitan el proceso de preautorización, la transición de la atención, el seguimiento de las condiciones crónicas y la comunicación entre los proveedores.
- El rendimiento del MOC y sus componentes se evalúan regularmente para garantizar el cumplimiento de las regulaciones de CMS.



# Elementos del Modelo de Cuidado (MOC)

El **Modelo de Cuidado** consiste de cuatro elementos principales:



**1:**  
**Descripción de la  
Población SNP**



**2:**  
**Cuidado  
Coordinado**



**3:**  
**Red de  
Proveedores**



**4:**  
**Evaluación de  
Desempeño  
y Calidad**



# Elemento 1: Descripción de la Población SNP

La población de afiliados en SNP debe pasar por un proceso de afiliación donde se determina, verifica y rastrea la elegibilidad.

## Afiliado o tutor legal

- Completa el formulario de afiliación.
- Se envía el formulario.

## Departamento de Matrícula

- Recibe y verifica el formulario.
- Verifica y rastrea la elegibilidad.
  - ✓ Se monitorea que el afiliado no haya estado fuera del área de servicio por más de 6 meses.
- Envía a CMS dentro de 7 días.
- Recibe respuesta de CMS.
- Envía carta de bienvenida o carta de rechazo de CMS al afiliado.

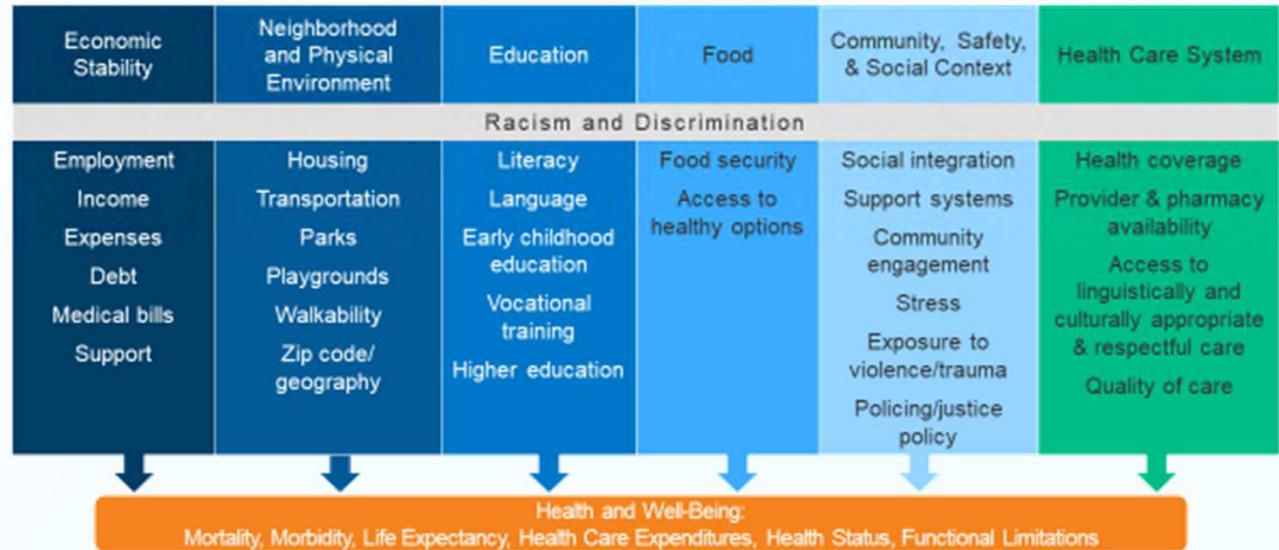


# Elemento 1: Población Más Vulnerable

Las poblaciones mas vulnerables se definen por:

- ✓ Características demográficas
  - ✓ edad promedio
  - ✓ género
  - ✓ Escolaridad
  - ✓ etnicidad
- ✓ Condiciones de salud
  - ✓ condiciones crónicas
  - ✓ comorbilidades
- ✓ Barreras del idioma
- ✓ Déficits en alfabetización en salud
- ✓ Condiciones socioeconómicas deficientes

Health Disparities are Driven by Social and Economic Inequities



# Elemento 1: Población Más Vulnerable

Las poblaciones de mayor riesgo o más vulnerables se identifican con el fin de dirigir los recursos hacia los afiliados con mayor necesidad de servicios, como por ejemplo los servicios de manejo de cuidado.



- ✓ Envejecimiento extremo-población mayor de 85 años.
- ✓ Problemas de visión/legalmente ciegos.
- ✓ Pérdida de la audición.
- ✓ Silla de ruedas o encamados.
- ✓ Utilización de Sala de Emergencia de 6 visitas en un trimestre.
- ✓ Admisiones hospitalarias de mayores a 3 en un trimestre.
- ✓ Polifarmacia de 8 o más.
- ✓ Múltiples comorbilidades (5 o más).
- ✓ Situación socioeconómica deficiente.
- ✓ No tener hogar.



## Elemento 2: Cuidado Coordinado

- Los Reglamentos 42 CFR§422.101(f)(ii)-(v) y 42 CFR§422.152(g)(2)(vii)-(x) exigen que todos los SNP coordinen y evalúen la eficacia de los servicios prestados según lo requiera el MOC.
- La coordinación de atención garantiza que todas las necesidades de salud y preferencias de servicio de los miembros de SNP estén cubiertas.
- Garantiza que la información médica entre los profesionales de la salud se comparta maximizando la eficacia, la eficiencia, la alta calidad de los servicios y mejorando los resultados de salud de los afiliados.
- Describe las funciones, responsabilidades y vigilancia del personal clínico y no clínico.
- Establece un plan de contingencia que garantiza la continuidad de las funciones críticas del funcionamiento de TSA durante una emergencia.
- Requiere que todo el personal debe ser capacitado por MOC en el momento de la contratación y anualmente.



# Elemento 2: Programa de Manejo de Cuidado

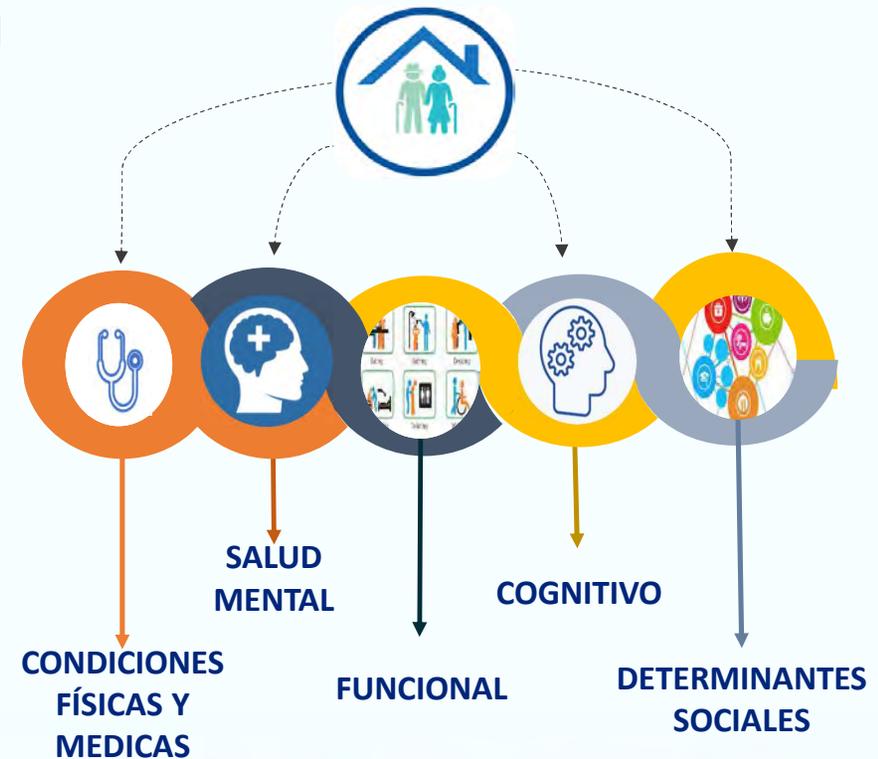


- ⊕ Todos los individuos afiliados a una cubierta SNP son elegibles para el Programa de Manejo de Casos.
- ⊕ Se les notifica mediante carta o llamada telefónica y se les contacta vía telefónica para completar el estimado de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés).
- ⊕ Los casos se clasifican de acuerdo a los resultados del HRA y la estratificación según la data obtenida por reclamaciones.
- ⊕ Los afiliados son informados sobre su participación en el Programa de Manejo de Casos, en el cual colaboran con los miembros de un equipo interdisciplinario en la creación de un plan de cuidado y las metas a alcanzar.



# Elemento 2: Evaluación de Riesgos de Salud (HRA)

- ♥ El HRA se lleva a cabo para identificar los riesgos de salud y las necesidades médicas, psicosociales, cognitivas, funcionales y mentales de cada afiliado.
- ♥ El HRA **inicial** se debe completar dentro de los **90 días** de la afiliación. Luego se debe realizar una **reevaluación** en o antes de **365 días**.
- ♥ Los resultados del HRA son compartidos con el médico primario y se utilizan para desarrollar el plan de cuidado.
- ♥ Si ocurre un cambio de estado de salud, se realiza nuevamente una evaluación y se actualiza el plan de cuidado. Por ejemplo: luego de una hospitalización, se debe reevaluar al afiliado para identificar nuevas necesidades.



## Elemento 2: Encuentros Cara a Cara

- Las normas del 42 CFR § 422.101(f)(1)(iv) exigen que todos los SNP ofrezcan encuentros cara a cara para la prestación, coordinación o manejo de la atención de salud.
- Los encuentros cara a cara deben realizarse con el consentimiento del afiliado, al menos una vez al año a partir de los primeros 12 meses de inscripción.
- El encuentro cara a cara debe ser entre cada afiliado y un miembro del ICT, o algún proveedor del plan.
- El encuentro puede ser en persona o a través de una opción de telemedicina en donde se tenga contacto visual, sea en tiempo real e interactiva.



# Elemento 2: Plan de Cuidado Individualizado (ICP)

- ✓ Los planes de cuidado individualizado son desarrollados por un equipo de cuidado interdisciplinario que incluye:

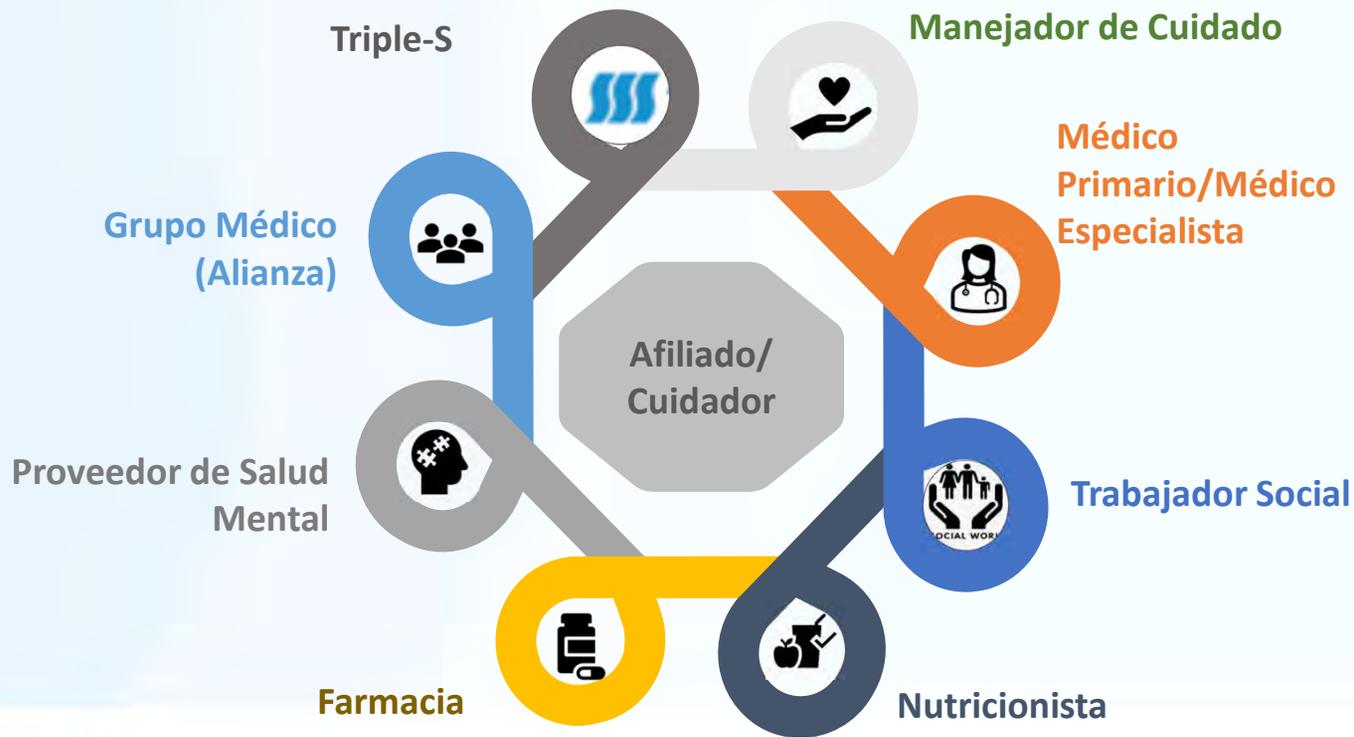


El ICP debe incluir:

- ✓ Objetivos basados en las necesidades identificadas y preferencias del afiliado.
- ✓ Intervenciones del equipo de cuidado interdisciplinario.
- ✓ Planes y metas de autocuidado adaptados a las necesidades del afiliado.
- ✓ Barreras y progreso hacia las metas.



# Elemento 2: Equipo de Cuidado Interdisciplinario (ICT)

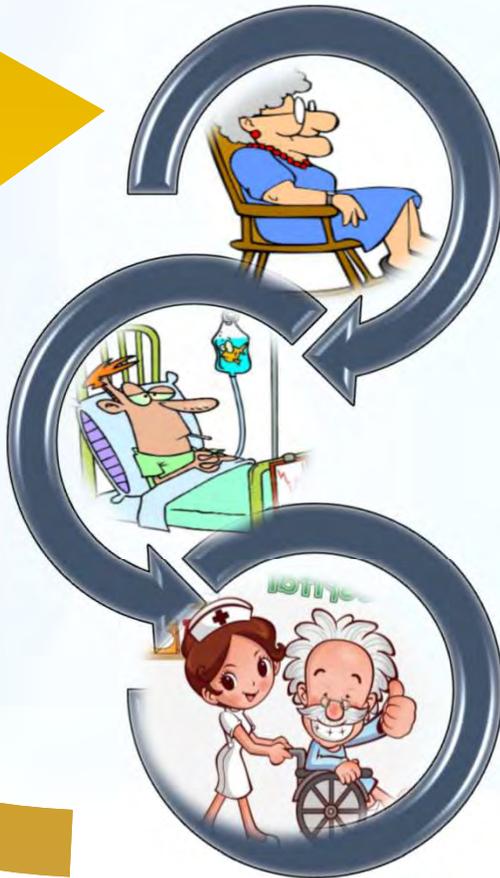


- El equipo de cuidado interdisciplinario ayuda a prevenir complicaciones en el estado de salud de nuestros afiliados ya que mejora los procesos y provee la estructura para ofrecer y coordinar los servicios requeridos para el cuidado de la salud de nuestros pacientes.



# Elemento 2: Protocolos de Transición de Cuidado (TOC)

**TOC**  
Preautorizaciones



- ❏ La transición de cuidado ocurre cuando un afiliado requiere ser transferido de un nivel de cuidado a otro nivel. El ejemplo más común es cuando un paciente es dado de alta del hospital a la casa.
- ❏ En el MOC, los afiliados SNP que experimentan una transición de cuidado se les realiza coordinación de servicios y preautorizaciones.
- ❏ Luego del alta, mediante llamada telefónica se orienta al afiliado o cuidador sobre el proceso de transición y se informa al médico primario.



# Cuidado Coordinado

## 1. Evaluación de Riesgo de Salud (HRA)

- **Inicial** – se realiza dentro de los primeros **90 días** de afiliación al plan.
- **Anual** – se realiza dentro de los **365 días** desde el HRA inicial.

## 2. Plan de Cuidado (ICP)

- Se realiza basado en las necesidades individuales de cada afiliado identificadas en el HRA y se actualiza cada vez que haya un cambio en el estado de salud del afiliado.

## 5. Manejo de Cuidado



## 4. Transición de Cuidado

- Cuando un miembro sufre un cambio en su estado de salud y necesita pasar de un entorno de salud a otro para mantener su atención; Transición de cuidado a un nivel inferior (Hospital al Hogar) o transición de atención para aumentar el nivel (Hogar al Hospital).

## 3. Equipo Interdisciplinario (ICT)

- Proporciona la estructura para ofrecer y coordinar los servicios para la atención de la salud de nuestros afiliados SNP's de acuerdo con el estado de salud y necesidades identificadas.



# Elemento 3: Red de Proveedores

## Proveedores

- Médico Primario (PCP)
- Especialistas (Endocrinólogos, Cardiólogos, entre otros)
- Proveedores de Servicios de Salud Mental

## Adiestramientos

- Se encarga de validar los credenciales y evaluar el cumplimiento con el adiestramiento de los proveedores con el MOC.
- Entidades Delegadas

## Guías Clínicas

- Diabetes
- Asma/COPD
- Cáncer
- Alzheimer
- Enfermedades del Corazón
- Entre otras



# Elemento 3: Red de Proveedores: Rol del Médico Primario (PCP)

Realizar el HRA cumpliendo con el periodo establecido.

Proporcionar acceso e integrar a otros proveedores dentro de la gestión del cuidado al paciente, si es necesario.

Proporcionar la atención médica necesaria.

Usar las Guías Clínicas adoptadas por TSA.

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

Fomentar la participación del paciente.

Asegurarse de la continuidad de la atención o servicios.

Revisar y actualizar el Plan de Cuidado y abordar las preocupaciones o preferencias de los afiliados.

Participar en reuniones del Equipo Interdisciplinario y mantener la comunicación con el Manejador de Cuidado, ICT o el cuidador, y colaborar en el Plan de Cuidado.

Ofrecer atención preventiva y guiar a los afiliados para mantener un estilo de vida saludable y cumplir con las medidas de calidad (HEDIS).



# Elemento 3: Red de Proveedores: Rol del Médico Especialista

Realizar el HRA cumpliendo con el periodo establecido.

Incorporar al Médico Primario (PCP) a la atención del afiliado.

Proporcionar servicios a tiempo, de manera efectiva y garantizar la calidad.

Participar en la planificación de la atención del paciente y ser parte del Equipo Interdisciplinario.

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

Fomentar la participación del paciente.

Asegurarse de la continuidad de la atención o servicios.

Proporcionar la atención médica necesaria.

Usar las Guías Clínicas adoptadas por TSA.

Ofrecer atención preventiva y guiar a los afiliados para mantener un estilo de vida.



# Elemento 3: Red de Proveedores

- Triple-S Advantage provee adiestramientos sobre el Modelo de Cuidado a sus proveedores y a sus Grupos Médicos, mediante:

- ✓ Presentaciones
- ✓ Folletos
- ✓ Revistas
- ✓ Mi Triple-S

The screenshot displays the 'Mi Triple-S' web portal interface. The top navigation bar includes the 'Mi TRIPLE-S' logo, a hamburger menu, and the text 'Medicare Advantage...'. On the right side of the header, there are options for 'Lenguajes', font size controls (A-, A, A+), a notification bell, and a user profile icon.

The main content area is titled 'Mis Pacientes' and features a search bar labeled 'Búsqueda de Pacientes'. Below the search bar, there are input fields for 'Línea de negocio (Requerido)' (set to 'Medicare Advantage') and 'Id del paciente (Requerido)' (set to '0000000000'). An orange button labeled 'Ir al Registro del Paciente' is positioned to the right of the patient ID field. A green 'Exportar a Excel' button is located in the top right corner of the main content area.

Below the search section, there are two tabs: 'Miembros' (selected) and 'Visor de Coordinaciones'. To the right of these tabs, the text 'Membresías: Nuevas 0 Totales 0' is displayed.

A row of five performance metrics is shown, each with a green checkmark and a zero count:

- COORDINAR VISITA: 0
- EPASS FALTANTES: 0
- REVISAR BRECHAS: 0
- DESASOCIACIONES: 0
- ALTAS: 0

Below the metrics, there are input fields for 'Id del paciente' (0000000000) and 'Nombre del paciente' (Ej: Juan del Pueblo). At the bottom left, there is a link 'Ocultar Filtros', and at the bottom right, there is an orange 'Filtrar' button.



# Acceda a través del Portal del Proveedor en Mi Triple-S

Proveedores,  
Hospitales,  
Alianzas

INICIAR SESIÓN

REGISTRARSE

Asegurados,  
Familia y  
Cuidadores

INICIAR SESIÓN

REGISTRARSE

[www.mitriples.com](http://www.mitriples.com)



# Donde encontrarlo

The screenshot shows the Mi TRIPLE-S website interface. The top navigation bar includes the logo, a menu icon, 'Toda la audiencia', 'Lenguajes', and font size controls. A left sidebar contains navigation options: 'Lo más reciente', 'Notificaciones', 'Reportes', 'Administración de Empleados', and 'Directorio de Proveedores'. The main content area is titled 'Lo más reciente' and displays a grid of seven items:

- Adiestramiento Anual a Proveedores Modelo de Cuidado (MOC) 2022** (13 MAR): El adiestramiento anual a proveedores sobre el Modelo de Cuidado 2022 ya está disponible. Recuerda que es un requisito completarlo anualmente.
- Revista PULSO- Edición Diciembre 2021** (31 ENE): Ya está disponible la revista PULSO- Edición Diciembre 2021. La misma cuenta con información sobre la iniciativa de Triple S-Salud y la Asociación de Alzheimer "Dementia F...".
- ¿Problemas para descargar los reportes de estrellas?** (30 JUN): Limpia el caché de tu navegador. Mira las instrucciones aquí.
- Como limpiar el caché de tu navegador** (30 JUN): Si tiene problemas para descargar los reportes de estrellas intenta limpiando el caché de tu navegador.
- Índice de Masa Corporal en adultos (ABA, por sus siglas en Inglés...)** (15 FEB): Todo paciente entre los 18 a 74 años, que no haya tenido diagnóstico de embarazo durante el año de medición o el año previo debe...
- Corrida de pago del 11 de enero de 2019** (30 ENE): Estimado proveedor, confrontamos dificultad con la corrida de pago del 11 de enero de 2019.
- Mi Triple-S Video** (14 ENE): Mi Triple-S Video.
- GUÍA RÁPIDA PARA REGISTRO EN BLUE STAR@WORK** (13 AGO): ASISTENTE ADMINISTRATIVO: ESTE PROGRAMA DE RECOMPENSA ES PARA TI! Para participar, debes registrarte y actualizar tu perfil.
- Reconciliación de Medicamentos Post- Alta (MRP, por sus siglas en...)** (7 DIC): Reconciliación de Medicamentos Post- Alta (MRP, por sus siglas en...).



# Elemento 4: Calidad del Modelo de Cuidado

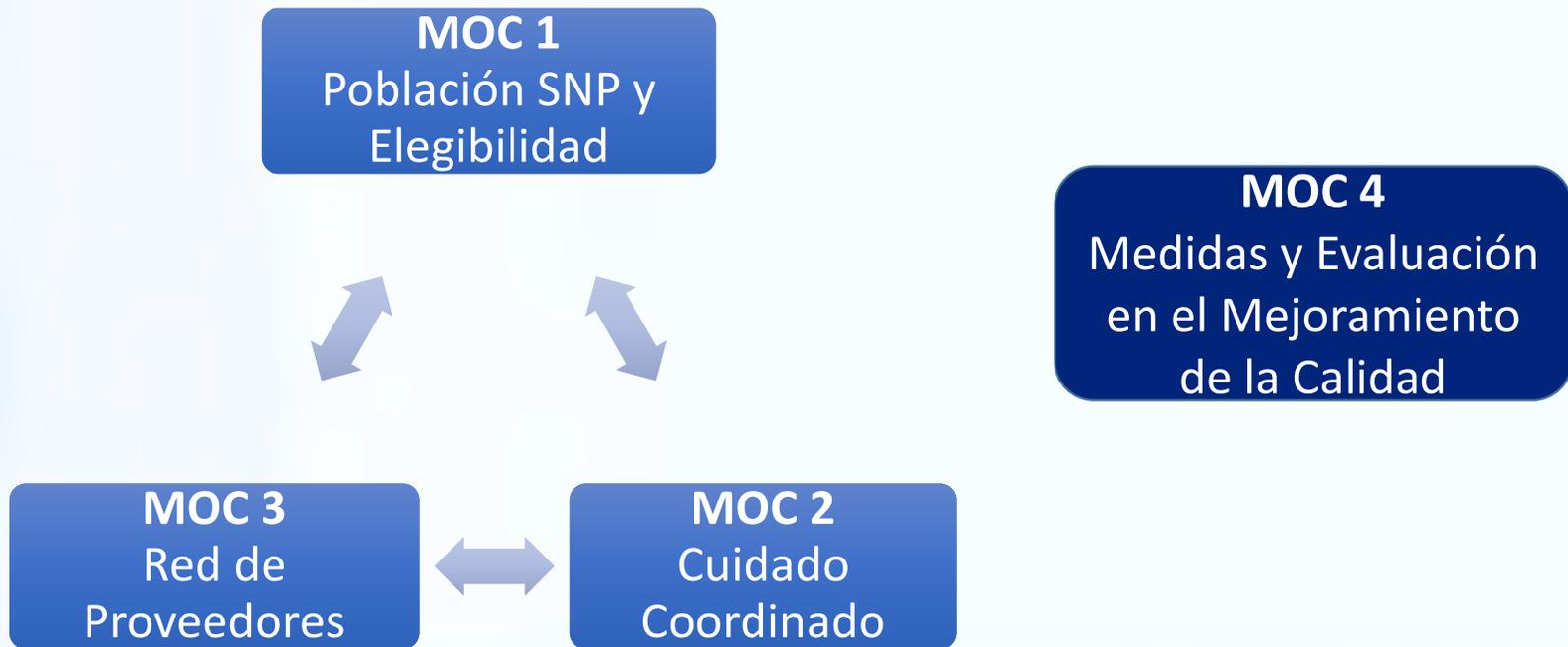


# Elemento 4: Medidas HEDIS

Medidas	
Diabetes Care: Eye Exam	Osteoporosis
Diabetes Care: Kidney Disease Monitoring	Plan of all Cause Readmission
Diabetes Care: Statins	COA: Medication Review
Breast Cancer Screening	COA: Functional
Colorectal Cancer Screening	COA: Pain screening
Medication Adherence: Oral Diabetes	Controlling Blood Pressure
Medication Adherence: Hypertension	Adult BMI
Medication Adherence: Cholesterol	Medication Review Post Discharge
Rheumatoid Arthritis - DMARD	



# ¿Cómo los elementos del Modelo de Cuidado trabajan entre sí?





# Departamento de Modelo de Cuidado

(787) 474-6322

**Lunes a sábado:**  
8:00a.m – 7:00p.m.

PROV\_2023\_22\_S

