



Manual del proveedor

Programa Statewide Medicaid Managed Care
Long-Term Care de Florida

Servicios para Proveedores: 877-440-3738
<https://provider.simplyhealthcareplans.com>

Copyright marzo de 2022 Simply Healthcare Plans, Inc.

Todos los derechos reservados. Esta publicación, o cualquier parte de ella, no puede ser copiada ni transmitida en ninguna forma o por cualquier medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopiado, grabación, almacenamiento en un sistema de recuperación de información o de otra manera, sin el previo permiso escrito del Departamento Nacional de Comunicaciones con los Proveedores, 5800 Northampton Blvd., Norfolk, VA 23502.

El material en este manual está sujeto a cambios. Las actualizaciones serán comunicadas a través de alertas al proveedor y publicadas en línea. Visite www.simplyhealthcareplans.com/provider para obtener la información más actualizada.

Cómo solicitar la participación

Si le interesa solicitar su participación con Simply, visite www.simplyhealthcareplans.com, o llame a Servicios para Proveedores al **1-877-440-3738**.

Índice

1	INTRODUCCIÓN	6
	Actualizaciones y cambios	6
2	VISIÓN GENERAL	7
	¿Quién es Simply?.....	7
	Misión	7
	Estrategia	7
	Resumen	7
3	INFORMACIÓN DE REFERENCIA RÁPIDA	9
	Números de cuidado a largo plazo de Simply	9
	Servicios para Clientes del portal de Availity.....	9
4	OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR	10
	Servicios de apoyo a proveedores	11
	Inquietudes, sugerencias y quejas.....	11
	Abuso, abandono y explotación	11
	Trata de personas	12
	La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud.....	13
	Registros médicos del miembro	14
	Estándares del registro médico	14
	Telemedicina.....	17
5	PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA CONTRA EL FRAUDE	18
	Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso	18
	Ejemplos de fraude, desperdicio y abuso (FWA) de un proveedor:.....	19
	Ejemplos de fraude, desperdicio y abuso de un miembro	19
	Proceso de investigación	20
	Cómo se actúa sobre los hallazgos de la investigación	20
6	SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS	21
	Resumen de beneficios para los miembros de cuidado a largo plazo de Simply	21
	Servicios de base domiciliaria y comunitaria.....	21
	Servicios de Managed Medical Assistance (para miembros que están inscritos en Medicaid con Simply).....	21
	Beneficios y servicios ampliados	22
	Servicios médicos.....	22
	Servicios de emergencia	22
	Tarjeta de identificación del miembro	23
7	ELEGIBILIDAD DEL MIEMBRO	25
	Determinación de elegibilidad.....	25
	Determinación de la inelegibilidad	25
8	APOYO DE LA ADMINISTRACIÓN AL MIEMBRO	26
	Identificación y verificación de miembros de cuidado a largo plazo.....	26
	Acceso a comunicaciones	26
	Declaración de derechos del paciente y obligaciones del miembro	26
	Servicios cultural y lingüísticamente apropiados	27
	Mercadeo.....	29

9	ADMINISTRACIÓN DE CASOS	31
	Rol de los administradores de casos	31
	Intervenciones de administración de casos	31
	Referencias	31
	Admisiones en un hospital.....	32
	Cuidado de Condiciones	32
	Aspectos del programa	33
	¿Quién es elegible?.....	33
	Derechos y obligaciones del proveedor de CNDC	33
	Horario de atención	33
	Información de contacto	33
	Comité asesor de inscritos.....	34
10	ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD	35
	Programa de mejora de la calidad.....	35
	Orientación, monitoreo y educación del proveedor	36
	Encuestas de satisfacción	36
	Uso compartido de datos con el proveedor	37
	Acreditación.....	37
	Requisitos de acreditación.....	37
	Procedimientos de acreditación	37
	Discreción de Simply.....	37
	Alcance de la acreditación	38
	Comité de Credenciales	40
	Política de no discriminación	41
	Acreditación inicial.....	41
	Reacreditación	42
	Organizaciones de prestación de salud	43
	Monitoreo continuo de sanciones.....	43
	Proceso de apelaciones	43
	Requisitos de reportes.....	44
	Estándares del Programa de Acreditación de Simply.....	44
	Tipo de HDO y agentes de acreditación aprobados de Simply.....	56
	Acreditación delegada	57
	Programas de mejora de la calidad	57
	Conductas Saludables	58
	Establecer metas saludables.....	58
	Recursos y herramientas	58
	Recursos en línea.....	58
11	ADMINISTRACIÓN MÉDICA	60
	Criterios de revisión médica	60
	Proceso de certificación previa/notificación	60
	Acceso al personal de UM	61
12	PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS Y APELACIONES DEL MIEMBRO.....	62
	El proceso de apelación	62
	Derechos del miembro en el proceso de apelación	63
	Dirección para apelaciones médicas	63
	Proceso de audiencia imparcial estatal	63

Apelaciones urgentes o aceleradas	64
Quejas y reclamos.....	64
Tengo una inquietud y deseo reportarla.....	64
¿Cómo le comunico a Simply mi inquietud?	64
¿Qué pasa si tengo información adicional?.....	65
¿Qué pasa después?	65
¿Qué sucede si quiero una extensión?	65
Apelaciones médicas	65
Quiero pedir una apelación. ¿Cómo lo hago?	65
¿Qué más debo saber?	66
¿Qué pasa si tengo más información que quiero que ustedes tengan?	66
¿Qué puedo hacer si creo que necesito una apelación urgente o acelerada?.....	66
¿Qué pasa si mi cuidado médico fue reducido, pospuesto o finalizado y deseo seguir recibiendo cuidado médico mientras mi apelación está en revisión?	67
¿Qué puedo hacer si Simply aún no pagará?	67
¿Cómo me pongo en contacto con el estado para una audiencia imparcial?.....	67
Insatisfacción y reclamos del miembro	68
Proceso de insatisfacción	68
Proceso de reclamos.....	69
Sistema de quejas de proveedores.....	69
Proceso para presentar y entregar una queja formal	70
Revisión de quejas de proveedores.....	70
Consultas o apelaciones de pago de reclamaciones	71
Correspondencia de reclamaciones versus apelación de pago.....	72
13 MANEJO DE RIESGOS	76
Sistema interno de informe de incidentes	77
Definiciones	77
Responsabilidades de informes.....	77
Responsabilidades de procedimientos	78
Revisión y análisis del informe de incidentes	78
14 PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES Y REEMBOLSOS	79
Sitio web de Simply y línea de consultas de proveedores.....	79
Presentación oportuna de reclamaciones.....	79
Documentación del recibo de la reclamación oportuna	79
Causa justificada	80
Presentación de reclamaciones.....	80
Pago de reclamaciones limpias.....	82
Presentación por el sitio web	82
Presentación de reclamaciones en papel	82
Clasificación internacional de enfermedades, descripción de la 10ma revisión (ICD-10).....	83
Listas	84
Datos de encuentros.....	84
Adjudicación de reclamaciones	85

1 INTRODUCCIÓN

Bienvenido a la familia de la red de proveedores de Statewide Medicaid Managed Care Long-Term Care (SMMC-LTC) de Florida. Nos complace que haya ingresado en nuestra red, la cual representa algunos de los mejores proveedores en el país.

Le llevamos la mejor experiencia disponible a nivel nacional para operar los planes médicos de base comunitaria local con personal local de gran experiencia para complementar nuestras operaciones. Estamos comprometidos a ayudarle a proporcionar atención y servicios de calidad a nuestros miembros.

Creemos que los proveedores son los elementos más importantes en el éxito de nuestros planes médicos. Únicamente podemos ser eficientes en el cuidado para los miembros mediante el trabajo conjunto con usted y otros cuidadores. Ganar su lealtad y respeto es importante para mantener una red de proveedores estables y de calidad.

Actualizaciones y cambios

La versión más actualizada de este manual del proveedor está disponible en línea en www.simplyhealthcareplans.com/provider. Para solicitar una copia impresa de este manual, llame a Servicios para Proveedores al **1-877-440-3738** y nos complacerá enviarle una copia sin costo alguno.

El manual del proveedor, como parte de su acuerdo del proveedor y las adendas relacionadas, puede ser actualizado en cualquier momento y está sujeto a cambios. En caso de una inconsistencia entre la información contenida en el manual y el acuerdo entre usted o su centro y Simply, el acuerdo controla.

Si hay un cambio material al manual del proveedor, haremos esfuerzos razonables para notificarle por anticipado dicho cambio mediante boletines publicados en la web, comunicaciones por fax u otros envíos de correo. En tales casos, la información publicada más recientemente substituye toda la información previa y se considera la directiva actual.

Este manual no tiene la intención de ser una declaración completa de todas las políticas y procedimientos. Podemos publicar otras políticas y procedimientos no incluidos en este manual en nuestro sitio web o en comunicaciones especialmente dirigidas, incluyendo entre otras, boletines y hojas informativas.

2 VISIÓN GENERAL

¿Quién es Simply?

Como líder en servicios médicos administrados para el sector público, proporcionamos cobertura médica exclusivamente para familias de bajos ingresos y personas con discapacidades. Participamos en los programas Florida Healthy Kids, Statewide Medicaid Managed Care (SMMC) Long-Term Care y SMMC Managed Medical Assistance.

Misión

La misión de Simply es proveer soluciones reales para miembros que necesitan una pequeña ayuda haciendo que el sistema de cuidado médico funcione mejor a la vez manteniéndolo a más bajo precio para los contribuyentes. El programa SMMC-LTC está diseñado para miembros ancianos y adultos discapacitados que necesitan ayuda para seguir viviendo en el hogar o vivir en un centro. El programa se enfoca en las necesidades de cuidado a largo plazo y provee ayuda para personas que necesitan asistencia en las actividades del diario vivir tales como bañarse, vestirse y tareas domésticas.

Estrategia

Nuestra estrategia es:

- Exhortar relaciones estables y a largo plazo entre proveedores y miembros.
- Comprometerse en proyectos de base y alcance comunitario.
- Facilitar la integración del cuidado físico, conductual y a largo plazo.
- Proporcionar una gama continua de recursos y promover la continuidad de la atención para nuestros miembros.
- Fomentar los mecanismos de mejora de la calidad que involucran activamente a los proveedores en la reingeniería de la prestación de cuidado médico.
- Exhortar una orientación de servicio de atención al cliente.

Resumen

La legislatura de Florida creó un programa llamado Statewide Medicaid Managed Care (SMMC). Como resultado, la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA) ha cambiado la forma en que algunas personas reciben cuidado médico del programa Florida Medicaid.

Dos componentes conforman el programa SMMC:

- El programa Managed Medical Assistance (MMA) de Florida
- El programa Long-Term Care (LTC) Managed Care de Florida

Las metas del programa MMA son ofrecer:

- Cuidado médico coordinado a través de diferentes entornos de cuidado médico.
- Una opción de los planes de atención administrada mejor manejados para satisfacer las necesidades de los receptores.
- La capacidad de los planes médicos para ofrecer, diferentes o más, servicios.
- La oportunidad para los receptores de estar más involucrados en su cuidado médico.

Las metas del programa LTC son:

- Ofrecer servicios coordinados de LTC a los miembros a través de diferentes entornos residenciales.
- Permitir a los miembros permanecer en sus hogares a través del ofrecimiento de servicios basados en el hogar o en colocación alterna, tales como centros de vida asistida

El programa MMA fue implementado en todas las regiones de Florida a partir del 1 de agosto de 2014. Estos cambios no se deben a la reforma nacional del sistema de salud ni a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Los receptores de Medicaid quienes califican y están inscritos en el programa MMA recibirán todos los servicios médicos además de cuidado a largo plazo a través de un plan de atención administrada.

3 INFORMACIÓN DE REFERENCIA RÁPIDA

Llámenos para obtener información sobre el programa, información de reclamaciones, consultas y recomendaciones que tenga sobre cómo mejorar nuestros procesos y el programa de atención administrada.

Números de cuidado a largo plazo de Simply

- Servicios para Proveedores: **1-877-440-3738**
 - Línea de consulta de reclamaciones
 - Servicios de administración de casos
 - Relaciones con los Proveedores
- Línea directa de Intercambio electrónico de datos: **1-800-590-5745**

Servicios para Clientes del portal de Availity

- Disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. ET al **1-800-AVAILITY (1-800-282-4548)** excluyendo días feriados.
- Envíe preguntas por correo electrónico a support@availity.com.

Nuestro sitio web para proveedores incluye formularios e información general sobre el pago de reclamaciones, elegibilidad del miembro y acreditación y reacreditación. Visite nuestro sitio web en www.simplyhealthcareplans.com/provider.

Nota: No cubrimos ni organizamos servicios para cuidado agudo que son cubiertos por Medicare o Medicaid, tales como visitas al consultorio del médico o servicios hospitalarios; sin embargo, proveemos cobertura para servicios además de aquellos cubiertos por Medicare, algunas veces llamados servicios de asistencia integral, tales como Medicare, coseguro y deducibles. La administración de casos de Simply es responsable por la integración y coordinación de los servicios cubiertos de Medicare y Medicaid. Medicare y/o Medicaid debe ser facturado por los servicios cubiertos de Medicare y/o los servicios cubiertos de cuidado agudo de Medicaid, mientras que Simply debe ser facturado por los servicios de asistencia integral y cuidado a largo plazo.

4 OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR

El proveedor:

- Practicará su profesión ética y legalmente, proveerá todos los servicios en una forma competente culturalmente, adaptará a aquellos con discapacidades y no discriminará contra cualquiera con base en su estado de salud.
- Participará y cooperará con Simply en la administración de la calidad, revisión de utilización, educación continua y otros programas similares establecidos por Simply.
- Participará en y cooperará con nuestros procedimientos de reclamos cuando notificamos al proveedor de cualquiera de las quejas o reclamos del miembro.
- No le facturará saldos al miembro.
- Cumplirá con todas las legislaciones federales y estatales aplicables con respecto a la confidencialidad de los registros del miembro.
- Brindará apoyo y cooperará con el programa de Administración de la Calidad de Simply para proveer una atención de calidad en una forma responsable y costo-efectiva.
- Tratará a todos los miembros con respeto y dignidad, les ofrecerá una privacidad apropiada y tratará las divulgaciones y registros del miembro confidencialmente para darle a los miembros la oportunidad de aprobar o rechazar su divulgación.
- Mantendrá la comunicación con las agencias apropiadas tales como la policía local, agencias de servicios sociales y centros de control de toxicología para proveer una atención de calidad al miembro.
- Se pondrá en contacto con el administrador de casos de Simply si el miembro muestra un cambio significativo, es hospitalizado o es admitido en un programa de hospicio.

Todos los proveedores basados en un centro y las agencias de servicios de cuidado médico en el hogar proporcionarán una notificación a un administrador de casos de Simply en un plazo de 24 horas cuando un miembro muere, se va o se muda a una nueva residencia.

Simply delegará la presentación del *Formulario DCF #2506A* a los centros de enfermería. Los centros de enfermería deben proporcionar al administrador de casos designado de Simply una copia del formulario completado una vez haya sido presentado a la DCF.

Los centros de vida asistida, hogares para el cuidado familiar para adultos y hogares de ancianos deben guardar en los archivos una copia del plan de salud de Simply del miembro.

A los centros de vida asistida, hogares para cuidado familiar de adultos y de cuidado de adultos durante el día se les exige tener un cumplimiento continuo de los requisitos de entorno basado en el hogar y la comunidad (HCB), los cuales promueven y mantienen un entorno parecido al hogar y facilitan la integración comunitaria. A los miembros que residen en centros de vida asistida, hogares para cuidado familiar de adultos y cuidado de adultos durante el día se les debe ofrecer servicios con las siguientes opciones a menos que daños médicos, físicos o cognitivos restrinjan o limiten el ejercicio de estas opciones:

- La opción de:
 - Cuartos privados o semiprivados
 - Compañero para cuartos semiprivados
 - Puerta con llave para la unidad de vivienda
 - Acceso a teléfono y duración del uso
 - Programación para comer
 - Programación de actividades
 - Participación en las actividades del centro y la comunidad
- Capacidad para tener visitas ilimitadas y refrigerios según lo deseen
- Capacidad para preparar refrigerios según lo deseen y mantener un programa personal para dormir

Simply debe cesar a los proveedores que estén en falta de cumplimiento continua de los requisitos de entorno de HCB.

En caso de que un proveedor no pueda ofrecer servicios cubiertos en la fecha específica acordada con el administrador de casos, el proveedor **debe** contactar al administrador de casos para programar inmediatamente una nueva fecha. Si el administrador de casos no es contactado en forma oportuna, puede atrasar la adjudicación de la reclamación. Todos los servicios del Statewide Medicaid Managed Care Long-Term Care (SMMC-LTC) de Florida cubiertos por Simply deben ser autorizados por un administrador de casos de Simply.

Los proveedores deben completar un análisis de antecedentes penales de Nivel 2 para determinar si sus subcontratistas o los empleados o voluntarios de sus subcontratistas que cumplen con la definición de *proveedor de servicio directo* tienen delitos descalificadores según lo previsto en el s. 430.0402 F.S. según lo creado y s. 435.04, F.S. A todo subcontratista, empleado o voluntario del subcontratista que cumpla con la definición de un *proveedor de servicio directo* que tenga un delito descalificador se le prohíbe prestar servicios a los ancianos tal como se establece en el s. 430.0402, F.S.

Todo proveedor debe firmar una declaración jurada testificando su cumplimiento con este requisito. Guardaremos la declaración jurada como parte de los archivos acreditados del proveedor.

Servicios de apoyo a proveedores

Reconocemos que, para ofrecer servicio de calidad a nuestros miembros, usted necesita la información más exacta y actualizada. Ofrecemos información de recursos en línea a través de nuestro sitio web para proveedores en www.simplyhealthcareplans.com/provider o la Línea de consulta de proveedores, un sistema telefónico automatizado al **1-877-440-3738**. Estas herramientas le permiten verificar la elegibilidad y los estados de las reclamaciones del miembro. Todo lo que necesita es uno de los siguientes:

- Número de identificación del miembro
- Número de Medicaid del miembro
- Número de Seguro Social del miembro

Inquietudes, sugerencias y quejas

Tenemos una Unidad de Servicios para Proveedores para ayudarle con la administración relacionada para proveer servicios a los miembros de Simply. Su Unidad de Servicios para Proveedores trabajará para atender sus inquietudes, sugerencias o quejas en forma oportuna. La mayoría de los problemas pueden solucionarse llamando a Servicios para Proveedores al **1-877-440-3738** entre las 8 a.m. y las 7 p.m. ET.

Como proveedor de Simply, usted también tiene un representante asignado de Relaciones con los Proveedores que puede proporcionarle apoyo o entrenamiento adicional en persona para abordar sus preocupaciones. Puede contactar al representante de su departamento de Relaciones con los Proveedores al **1-877-440-3738** entre las 8:30 a.m. y las 5 p.m. ET.

Abuso, abandono y explotación

El abuso, abandono y explotación a ancianos puede denunciarse a la Línea directa estatal de abuso de ancianos al **1-800-96ABUSE (1-800-962-2873)**.

Abuso significa cualquier acto premeditado o acto de amenaza por un cuidador que causa o que probablemente cause un daño significativo en la salud física, mental o emocional del inscrito. El abuso incluye actos y omisiones.

Explotación de un adulto vulnerable significa una persona que:

1. Ocupa una posición de responsabilidad y confianza con un adulto vulnerable y deliberadamente, por engaño o intimidación, obtiene o usa, o intenta obtener o usar los fondos, activos o propiedades del adulto vulnerable para el beneficio de alguien que no sea el adulto vulnerable.
2. Sabe o debe saber que el adulto vulnerable no tiene la capacidad para dar su consentimiento, y obtiene o usa, o intenta obtener o usar, los fondos, activos o propiedades del adulto vulnerable con la intención de despojar, temporal o permanentemente, al adulto vulnerable del uso, beneficio o posesión de los fondos, activos o propiedades para el beneficio de alguien que no sea el adulto vulnerable.

Abandono de un adulto significa el fracaso u omisión de parte del cuidador de ofrecer el cuidado, la supervisión y los servicios necesarios para mantener la salud física y conductual del adulto vulnerable, incluyendo, entre otros, los servicios de alimentos, vestimenta, medicina, albergue, supervisión y médicos que una persona prudente consideraría esencial para el bienestar del adulto vulnerable. El término abandono también significa el fracaso de un cuidador de hacer un esfuerzo razonable para proteger a un adulto vulnerable del abuso, abandono o explotación por parte de otros. El abandono es una conducta repetida o un solo incidente de descuido que crea o se podría esperar razonablemente que resulte en una lesión física o psicológica grave o en un riesgo sustancial de muerte.

A todos los proveedores de servicios directos se les requiere asistir y completar el entrenamiento sobre abuso, abandono y explotación. Este entrenamiento puede ser dado por el Departamento de Niños y Familias, la agencia del área local sobre envejecimiento, la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA), o se puede acomodar el entrenamiento a través de los requisitos de licencia.

Trata de personas

La siguiente es una lista de señales e indicadores potenciales de trata de personas para ayudarle a reconocerlos. Si ve algunas de estas señales, contacte a la Línea nacional contra la trata de personas al **1-888-373-7888** para referencias a servicios especializados para víctimas o para denunciar la situación.

La presencia de estas señales es una indicación de que se puede necesitar mayor evaluación para identificar una situación potencial de trata de personas. Esta lista no es exhaustiva y representa solo una selección de indicadores posibles. Además, las señales en esta lista pueden no estar presentes en todos los casos de trata y no son acumulativas. Los indicadores referencian condiciones que una víctima potencial podría mostrar.

Condiciones comunes de trabajo y vivienda:

- No es libre para irse o entrar y salir como desee
- Está en la industria comercial del sexo y tiene un chulo/manejador
- No le pagan, le pagan muy poco o solo mediante propinas
- Trabaja excesivamente largas y/o inusuales horas
- No se le permiten recesos o sufre bajo restricciones inusuales en el trabajo
- Debe una gran cantidad de dinero y no puede pagarla
- Fue reclutada mediante premisas falsas con respecto a la naturaleza y las condiciones de su trabajo
- Existen altas medidas de seguridad en el trabajo y/o vivienda (por ejemplo, ventanas opacas, ventanas cubiertas con tabloncillos, barras en las ventanas, alambre de púas, cámaras de seguridad, etc.)

Mala salud mental o conducta anormal:

- Está temeroso, ansioso, deprimido, sumiso, tenso o nervioso/paranoico
- Exhibe una conducta inusualmente temerosa o ansiosa después de ser llevado a cumplimiento de la ley
- Evita el contacto visual

Mala salud física:

- Carece de cuidado médico y/o el empleador le niega servicios médicos
- Parece malnutrido o muestra señales de exposición repetida a químicos peligrosos
- Muestra señales de abuso físico y/o sexual, restricción física, confinamiento o tortura

Falta de control:

- Tiene pocas o ninguna posesión personal
- No controla su propio dinero, no tiene registros financieros o cuenta bancaria
- No controla sus propios documentos de identificación (ID o pasaporte)
- No se le permite o no puede hablar por sí mismo (un tercero puede insistir en estar presente y/o traducir)

Otro:

- Reclamaciones de solo visitar e incapacidad de aclarar dónde se está quedando/dirección
- Falta de conocimiento sobre el paradero y/o en qué ciudad está
- Pérdida de sentido del tiempo
- Tiene numerosas inconsistencias en su historia

Nota: De acuerdo con la ley federal, cualquier menor de 18 años que participe en sexo comercial es víctima de tráfico sexual, independientemente de la presencia de fuerza, fraude o coerción.

La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud

La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA), también conocida como la ley Kennedy-Kassebaum, fue aprobada en agosto de 1996. La legislación mejora la transferibilidad y continuidad de los beneficios de salud, garantiza una mayor responsabilidad en el área de fraude del cuidado médico y simplifica la administración del seguro médico.

Nos esforzamos por garantizar que tanto Simply como los proveedores participantes contratados lleven a cabo sus negocios en una manera que proteja la información del paciente/miembro de acuerdo con las regulaciones de privacidad promulgadas conforme a la HIPAA. Los proveedores contratados deben tener los procedimientos apropiados implementados para demostrar el cumplimiento con las regulaciones de privacidad de la HIPAA.

Reconocemos nuestra responsabilidad según las regulaciones de privacidad de la HIPAA solamente para pedir la información mínima necesaria del miembro de nuestros proveedores para lograr el propósito deseado. Por otro lado, solamente debe solicitarla información mínima necesaria del miembro que se requiera para lograr el propósito deseado cuando nos contacte. Sin embargo, las regulaciones de privacidad permiten transferir o compartir información, tal como un registro médico del miembro, el cual podríamos solicitar para realizar un negocio o tomar decisiones sobre el cuidado con el fin de tomar una determinación de autorización o resolver una apelación de pago. Dichas solicitudes se consideran parte de la definición del tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico de la HIPAA.

Las máquinas de fax usadas para transmitir y recibir información médicamente sensible deben mantenerse en un entorno con acceso restringido a personas que necesiten la información del miembro para realizar sus trabajos. Cuando nos envíe información por fax, verifique que el número de fax que recibe está correcto, informe al personal apropiado en Simply y verifique que el fax fue recibido en forma apropiada.

El correo electrónico (a menos que esté encriptado) no debe usarse para transferir a Simply archivos que contengan información del miembro (por ejemplo, hojas de cálculo de Microsoft Excel con información de reclamaciones). Dicha información deberá ser enviada por correo o por fax.

Use su criterio profesional cuando envíe por correo información médicamente confidencial, tal como registros médicos. La información debe estar en un sobre sellado y reforzado de nailon, marcado confidencial y dirigido a un apartado de correo específico e individual o al departamento de Simply.

Nuestro sistema de correo de voz es seguro y está protegido con una contraseña. Al dejar mensajes para los asociados de Simply, deje solamente la cantidad mínima de información requerida del miembro para lograr el propósito deseado.

Al contactarnos, esté preparado para verificar su nombre y dirección y ya sea su número de identificación personal del contribuyente, identificador de proveedor nacional o el número de proveedor de Simply.

Registros médicos del miembro

A los proveedores se les requiere mantener registros médicos para cada paciente de acuerdo con los requisitos de registros médicos a continuación y con *42 CFR 431* y *42 CFR 456*. Se mantendrá un registro médico permanente en el lugar de atención primaria para cada miembro y estará disponible para el PCP y otros médicos. Los registros médicos incluirán la calidad, cantidad, adecuación y puntualidad de los servicios prestados.

A los proveedores se les requiere tener una persona designada a cargo de los registros médicos. Las obligaciones de esta persona incluyen, entre otras:

- La confidencialidad, protección y seguridad física de los registros.
- La recuperación oportuna de los registros individuales de ser solicitados.
- La identificación única del registro de cada paciente.
- La supervisión de la recopilación, procesamiento, mantenimiento, almacenaje y acceso apropiado para el uso de los registros.
- El mantenimiento de un formato predeterminado, organizado y asegurado del registro.

Estándares del registro médico

A excepción de cuando sea requerido de otra manera por la ley, el contenido y formato de los registros clínicos, incluyendo la secuencia de información, son uniformes. Los registros están organizados en una manera consistente que facilita la continuidad de la atención.

Todos los registros médicos del paciente tienen que reflejar todos los aspectos del cuidado del paciente, incluyendo los servicios auxiliares. Los proveedores deben cumplir con los estándares del registro médico establecidos a continuación para los registros médicos de cada miembro según sea apropiado:

- Incluir la información de identificación del inscrito, incluyendo el nombre, número de identificación del inscrito, fecha de nacimiento, género y tutela legal o parte responsable del inscrito si aplica. Incluir la información de contacto de emergencia, datos de contacto del tutor, si aplica, formularios de permisos y copias de exámenes, evaluaciones e información médica y de medicamentos.
- Datos legales como papeles de tutoría, órdenes del tribunal y formularios de divulgación médica.
- Mantener cada registro legible y en detalle.
- Incluir un resumen de los procedimientos quirúrgicos significativos, diagnósticos o problemas pasados y actuales, alergias, reacciones perjudiciales a fármacos y medicamentos actuales y otras condiciones médicas.
- Registrar la presencia o ausencia de alergias y reacciones perjudiciales a fármacos, medicamentos y/o materiales actuales en un lugar prominente y consistente en todos los registros clínicos. Nota: Esta información debe ser verificada en cada encuentro con el paciente y actualizada siempre que se identifiquen nuevas alergias o sensibilidades.
- Asegurarse de que todas las entradas estén fechadas y firmadas por la parte apropiada.
- Indicar en todas las entradas la queja principal o el propósito de la visita, el objetivo, el diagnóstico y los hallazgos médicos o la impresión del proveedor.

- Indicar en todas las entradas los estudios ordenados (p.ej., laboratorio, radiografías, electrocardiograma) y los informes de la referencia.
- Indicar en todas las entradas las terapias administradas y recetadas.
- Registrar todos los medicamentos recetados y la documentación o conciliación de medicamentos, incluyendo cualquier cambio en el medicamento recetado y sin receta con el nombre y dosis, cuando estén disponibles.
- Incluir en todas las entradas el nombre y la profesión del proveedor que está proporcionando los servicios (por ejemplo, MD, DO), incluyendo la firma o las iniciales del proveedor.
- Incluir en todas las entradas la disposición, las recomendaciones, las instrucciones al miembro, la evidencia de seguimiento y el resultado de los servicios.
- Incluir copias de cualquier formulario de consentimiento o testimonio usado o la orden judicial para el medicamento psicoterapéutico recetado para niños menores de 13 años.
- Asegurarse de que todos los registros contengan un historial de vacunas y documentación del índice de masa corporal.
- Asegurarse de que todos los registros contengan información relacionada con el uso del miembro de productos derivados del tabaco y el alcohol y/o abuso de sustancias.
- Asegurarse de que todos los registros contengan resúmenes de todos los servicios y atención de emergencia y altas del hospital con el seguimiento apropiado e indicado por motivos médicos.
- Documentar los servicios de referencia en todos los registros médicos de los miembros.
- Incluir todos los servicios ofrecidos tales como servicios de planificación familiar, servicios preventivos y servicios para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
- Asegurarse de que todos los registros reflejen el idioma primario hablado por el miembro y las necesidades de traducción del miembro.
- Asegurarse de que todos los registros identifiquen a los miembros que necesitan asistencia de comunicación en la prestación de servicios de cuidado de salud.
- Asegurarse de que todos los registros contengan la documentación del miembro que está siendo proporcionada con información escrita sobre sus derechos con respecto a directivas anticipadas (es decir, instrucciones por escrito para un testamento vital o poder legal) y si él o ella ha ejecutado una directiva anticipada.
 - Nota: Ni Simply ni ninguno de nuestros proveedores contratados requerirá que el miembro ejecute o renuncie a una directiva anticipada como condición del tratamiento. Mantendremos las políticas y los procedimientos escritos para las directivas anticipadas.
- Mantener copias de las directivas anticipadas ejecutadas por el miembro.
- Ingresar un asesoramiento médico significativo dado a un paciente por vía telefónica o en línea, incluyendo el consejo médico proporcionado fuera del horario normal, en el registro clínico del paciente y la firma o inicial apropiadamente.
- Comparar claramente cualquier anotación en el registro clínico del paciente que indique el diagnóstico o la intervención terapéutica como parte de la investigación clínica, con las entradas con respecto a la provisión de la atención no relacionada con la investigación.
- Revisar e incluir todos los informes, antecedentes, exámenes físicos, notas de progreso y otra información del paciente tales como los informes de laboratorio, lecturas de radiografías, informes y consultas de operación en el registro de manera oportuna.
- Documentar un resumen de los diagnósticos o problemas pasados y actuales, incluyendo los procedimientos anteriores si un paciente ha tenido varias visitas/admisiones, o el registro clínico es complejo y extenso.
- Incluir una anotación con respecto a cigarrillos si estuviesen presentes en pacientes de 12 años en adelante. Las abreviaturas y símbolos podrían ser apropiados.
- Ofrecer educación sobre salud al miembro.

- Examinar a los pacientes para detectar el abuso de sustancias y documentar como parte de una evaluación de prevención durante las siguientes ocasiones:
 - Contacto inicial con un miembro nuevo
 - Exámenes físicos de rutina
 - Contacto prenatal inicial
 - Cuando el miembro manifiesta utilización excesiva grave de servicios médicos, quirúrgicos, de trauma o de emergencia
 - Cuando la documentación de visitas a la sala de emergencias sugiere la necesidad

Los siguientes requisitos para los registros médicos de los pacientes también deben ser cumplidos:

- **Consultas, referencias e informes del especialista:** Las notas de las referencias y consultas deben estar en el registro. Los informes de las consultas, laboratorios y radiografías presentadas en el gráfico deben tener las iniciales del médico tratante u otra documentación de revisión significativa. Los resultados de la consulta o cualquier laboratorio o estudio por imagen anormal deben tener una anotación explícita en el registro de los planes de seguimiento, incluyendo la notificación oportuna para el paciente o la parte adulta responsable.
- **Emergencias:** Se debe anotar toda atención de emergencia provista directamente por el proveedor contratado o a través de una sala de emergencias y los resúmenes de alta del hospital para todas las admisiones hospitalarias mientras el paciente sea parte del panel del PCP.
- **Resúmenes de alta del hospital:** Los resúmenes de alta del hospital deben incluirse como parte del registro médico para todas las admisiones hospitalarias que ocurran mientras el paciente esté inscrito y para las admisiones que ocurren antes al paciente que se esté inscribiendo, según sea pertinente (es decir, pertinente para la condición médica del paciente).
- **Seguridad:** Los proveedores deben mantener una política escrita y se les requiere asegurarse de que los registros médicos estén protegidos contra pérdida, manipulación, destrucción, o uso no autorizado o inadvertido.
- **Almacenamiento:** Los proveedores deben mantener un sistema para la recopilación, procesamiento, mantenimiento, almacenaje, recuperación y distribución apropiada de los registros del paciente. También, los registros deben estar accesibles fácilmente al personal en el consultorio del proveedor y prontamente disponibles al personal autorizado en cualquier momento cuando la organización esté abierta a los pacientes.
- **Divulgación de información:** Los procedimientos escritos son requeridos para divulgar información y obtener el consentimiento para el tratamiento.
- **Documentación:** Se requiere la documentación que establezca los resultados de los exámenes médicos de diagnóstico de salud médica preventiva y conductual, así como también todo tratamiento provisto y el resultado de dicho tratamiento, incluyendo el asesoramiento médico dado a un paciente por vía telefónica.
- **Equipos multidisciplinarios:** Se requiere la documentación de los miembros del equipo involucrado en el equipo multidisciplinario de un paciente que necesite cuidado especializado.
- **Integración de la atención clínica:** Se requiere la documentación de la integración de la atención clínica tanto en los registros de salud física como conductual. Dicha documentación debe incluir:
 - Prueba de detección para condiciones de salud conductual, incluyendo aquellos que pudiesen estar afectando el cuidado médico físico y viceversa, y la referencia a proveedores de salud conductual cuando se indican problemas.
 - Prueba de detección y referencia por proveedores de salud conductual a los PCP en el momento apropiado.
 - Recibo de las referencias de salud conductual de proveedores de medicina física y la disposición/el resultado de esas referencias.
 - Por lo menos trimestralmente, o con más frecuencia si se indica clínicamente, un resumen del estado/progreso del proveedor de salud conductual al PCP.

- Una divulgación escrita de información que permitirá compartir información específica entre proveedores.
- Documentación de que profesionales de salud conductual están incluidos en los equipos de servicio de atención primaria y especializada cuando un paciente con discapacidades o condiciones crónicas o complejas físicas o del desarrollo tiene un trastorno conductual concurrente.
- **Violencia doméstica:** Se requiere la documentación del examen médico y referencia aplicables a agencias comunitarias para la prevención de la violencia doméstica.
- **Consentimiento para medicamentos psicoterapéuticos:** Conforme al estatuto *F.S. 409.912(13)*, los proveedores deben documentar el consentimiento informado del padre o tutor legal de los miembros menores de 13 años a quienes se les recete medicamentos psicoterapéuticos. Los proveedores también deben proporcionar a la farmacia una certificación firmada de esta documentación con cada nueva receta para un medicamento afectado; a las farmacias se les requiere obtener y mantener estos consentimientos en archivos antes de presentar la solicitud de un medicamento psicoterapéutico.
- **Servicios de salud conductual provistos a través de telemedicina:** Se requiere la documentación de los servicios de salud conductual provistos a través de telemedicina. Dicha documentación debe incluir:
 - Una explicación breve del uso de telemedicina en cada nota de progreso.
 - La documentación del equipo de telemedicina usado para los servicios cubiertos particulares provistos.
 - Una declaración firmada del inscrito o el representante del inscrito indicando la opción de recibir servicios a través de telemedicina. Esta declaración puede ser para un periodo determinado del tratamiento o para una visita de una sola vez, según sea pertinente para el (los) servicio(s) provisto(s).
 - Para telepsiquiatría, los resultados de la evaluación, hallazgos y plan del (de los) profesional(es) para los siguientes pasos.

Simply revisará periódicamente los registros médicos para garantizar el cumplimiento de estos estándares. Comunicaremos cualquier deficiencia encontrada durante la revisión y daremos educación al proveedor. Cuando no se cumplan los estándares, Simply instituirá acciones, incluyendo acciones correctivas para mejorar.

Telemedicina

Si aprobamos que usted proporcione servicios a través de telemedicina, debe implementar los protocolos de fraude y abuso de telemedicina que aborden:

- Autenticación y autorización de usuarios.
- Autenticación del origen de la información.
- La prevención de acceso no autorizado al sistema o la información.
- Seguridad del sistema, incluyendo la integridad de la información recopilada, la integridad del programa y la integridad del sistema.
- Mantenimiento de documentación sobre el sistema y el uso de información.

De ser aprobado para proporcionar servicios dentales a través de telemedicina, solo puede proporcionar los siguientes servicios dentales médicamente necesarios:

- Profilaxis oral
- Aplicación tópica de fluoruro
- Instrucciones para la higiene oral

Los servicios listados arriba realizados mediante telemedicina deben ser proporcionados por un higienista dental certificado por Florida en un sitio satélite con un dentista certificado de Florida supervisando ubicado en un sitio central. Para dichos servicios dentales, se pueden usar unidades dentales móviles como sitio satélite según lo definido en el Manual de cobertura y limitaciones de servicios dentales.

Nota: Estos servicios dentales no aplican a Florida Healthy Kids.

5 Primera línea de defensa contra el fraude

Estamos comprometidos con la protección de la integridad de nuestro programa de cuidado médico y la eficacia de nuestras operaciones al prevenir, detectar e investigar fraude, desperdicio y abuso. Combatir el fraude, desperdicio y abuso comienza con conocimientos y consciencia.

- *Fraude*: Cualquier tipo de engaño intencional o declaración falsa que se haga con el conocimiento de que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para la persona que lo está cometiendo, o cualquier otra persona. El intento en sí constituye fraude, independientemente de si tuvo éxito o no.
- *Desperdicio*: Incluye usar de más los servicios u otras prácticas que, directa o indirectamente, resultan en costos innecesarios. El desperdicio normalmente no es considerado impulsado por acciones intencionales, sino que ocurre cuando los recursos son usados de manera inapropiada.
- *Abuso*: Cuando los proveedores de cuidado médico no siguen buenas prácticas médicas resultando en costos innecesarios o excesivos, pagos incorrectos, uso inapropiado de los códigos o servicios que no son médicamente necesarios.

Para ayudar a prevenir el fraude, desperdicio y abuso, los proveedores pueden ayudar educando a los miembros. Por ejemplo, pasar tiempo con los miembros y revisar sus registros de administración de recetas ayudará a minimizar el fraude de medicamentos. Uno de los pasos más importantes para ayudar a prevenir el fraude de los miembros es tan sencillo como revisar la tarjeta de identificación del miembro. Es la primera línea de defensa contra el posible fraude. Más información en www.fighthealthcarefraud.com

La presentación de la tarjeta de identificación (ID) del miembro no garantiza la elegibilidad; los proveedores deben verificar el estatus de un miembro al consultar en línea o por teléfono. Hay apoyo en línea disponible para consultas de los proveedores en el sitio web y se podría obtener verificación telefónica a través de la Línea de consultas de proveedores automatizada al [need number from provider services].

Los proveedores deben exhortar a sus miembros a proteger sus tarjetas de identificación como lo harían con una tarjeta de crédito, a llevar su tarjeta de beneficios de salud en todo momento e informar a la compañía lo antes posible en caso de que la pierda o se la roben. Entender las diversas oportunidades para el fraude y trabajar con los miembros para proteger su tarjeta de identificación de beneficios de salud puede ayudar a prevenir las actividades fraudulentas. Los proveedores deben instruir a sus pacientes que han perdido su tarjeta de identificación a inspeccionar sus explicaciones de beneficios (EOB) por si hay errores y luego contactar a Servicios para Miembros si hay algo incorrecto.

Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso

Si usted sospecha que un proveedor (por ejemplo: grupo de proveedores, hospital, médico, dentista, consejero, compañía de suministros médicos, etc.) o algún miembro (una persona que recibe beneficios) ha cometido fraude, desperdicio o abuso, usted tiene el derecho de denunciarlo. No se tomarán represalias contra ninguna persona que denuncie violaciones o la sospecha de fraude y abuso. El nombre de la persona y su información, de ser suministrados, que denuncia el incidente se mantiene en estricta confidencia por parte de la Unidad de Investigaciones Especiales (SIU).

Puede denunciar sus inquietudes:

- Visitando nuestro sitio de educación de fighthealthcarefraud.com; en la parte superior de la página seleccione “Report it (Denúncielo)” y complete el formulario de “[Report Waste, Fraud and Abuse \(Denuncia de desperdicio, fraude y abuso\)](#)”.
- Llamando a Experiencia de los proveedores al 1-877-440-3738

- Llamando a Servicio al Cliente al 1-877-440-3738
- Contactando a Integridad del Programa Medicaid (MPI) dentro de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud [a través de su formulario web](#)

Cualquier incidente de fraude, desperdicio o abuso podría ser denunciado a nosotros de forma anónima; sin embargo, nuestra capacidad para investigar un asunto denunciado anónimamente podría ser dificultada sin suficiente información. Por lo tanto, lo motivamos a darnos tanta información como sea posible. Apreciamos su tiempo en referir una sospecha de fraude, pero sepa que no actualizamos rutinariamente a las personas que hacen las referencias, ya que podría comprometer potencialmente una investigación.

Ejemplos de fraude, desperdicio y abuso (FWA) de un proveedor:

- Alterar registros médicos para tergiversar los servicios proporcionados realmente
- Facturar servicios no provistos
- Facturar pruebas o procedimientos médicamente innecesarios
- Facturar servicios profesionales realizados por personal inexperto o no calificado
- Declaración falsa de diagnóstico o servicios
- Utilización excesiva
- Pedir, ofrecer o recibir sobornos o coimas
- Cargo por procedimientos separados: cuando se facturan múltiples códigos de procedimiento individualmente para un grupo de procedimientos que deberían ser cubiertos por un solo código de procedimiento integral
- Aumento del código para incrementar la tarifa de reembolso: cuando un proveedor le factura a un pagador de seguro de salud usando un código de procedimiento para un servicio más costoso que el que fue realizado realmente

Al denunciar preocupaciones que involucran a un PROVEEDOR (un médico, dentista, consejero, compañía de suministros médicos, etc.), incluya:

- El nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor
- El nombre y la dirección del centro (hospital, hogar de ancianos, agencia de cuidado médico en el hogar, etc.)
- El número de Medicaid del proveedor o centro, si lo sabe
- El tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
- Nombres y números de teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
- Fechas de los eventos
- Resumen de lo ocurrido

Ejemplos de fraude, desperdicio y abuso de un miembro

- Falsificar, alterar o vender recetas
- Dejar que alguien más use la tarjeta de identificación del miembro
- Reubicarse a un área fuera de servicio del plan y no avisarnos
- Usar la tarjeta de identificación de otra persona

Al denunciar preocupaciones que involucren a un MIEMBRO, incluya:

- El nombre del miembro
- La fecha de nacimiento, el número de identificación del miembro o el número de caso, si lo tiene
- La ciudad donde reside el miembro
- Detalles específicos que describan el fraude, desperdicio o abuso

Proceso de investigación

Nuestra Unidad de Investigaciones Especiales (SIU) revisa todas las denuncias de fraude, desperdicio y abuso de proveedores o miembros para todos los servicios proporcionados. De ser apropiado, los alegatos y los hallazgos de la investigación son denunciados a todas las agencias estatales, reglamentarias y/o de cumplimiento de la ley apropiadas. Además de denunciar, podríamos tomar medidas correctivas con el fraude, desperdicio o abuso de un proveedor, lo cual podría incluir, entre otras:

- *Advertencia por escrito y/o educación:* Enviamos cartas certificadas al proveedor documentando los problemas y la necesidad de mejora. Las cartas podrían incluir educación o solicitudes de recuperaciones o podrían informar sobre acciones adicionales.
- *Revisión de registro médico:* Revisamos los registros médicos para corroborar alegatos o validar presentaciones de reclamaciones.
- *Revisión especial de reclamaciones:* Un codificador profesional certificado evalúa las reclamaciones antes del pago de las reclamaciones designadas. Esta edición previene el pago automático de reclamaciones en situaciones específicas.
- *Recuperaciones:* Recuperamos sobrepagos directamente del proveedor. El hecho de que el proveedor no regrese el sobrepago podría resultar en pago reducido de reclamaciones futuras y/o acciones legales adicionales.

Si está trabajando con la SIU, se deben enviar todos los cheques y la correspondencia a:

Special Investigations Unit
740 W Peachtree Street NW
Atlanta, Georgia 30308
Attn: investigator name, #case number

Los registros médicos impresos y/o las reclamaciones tienen otra dirección, la cual es suministrada en la correspondencia de la SIU. Si tiene preguntas, contacte a su investigador. La oportunidad de presentar reclamaciones y/o registros médicos de respaldo electrónicamente es una opción si usted se registra para una cuenta de Availity. Contacte a Servicio al Cliente de Availity al 800-AVAILITY (282-4548) para más información.

Cómo se actúa sobre los hallazgos de la investigación

Si, después de la investigación, la SIU determina que parece que un proveedor ha cometido fraude, desperdicio o abuso, el proveedor:

- Podría ser presentado al comité de credenciales y/o al comité de revisión de colegas para que tomen medidas disciplinarias, incluyendo la terminación del proveedor
- Será referido a otras autoridades según aplique y/o lo designado por el Estado
- La SIU referirá todas las sospechas de actividad delictiva cometidas por un miembro o proveedor a las agencias reglamentarias y de cumplimiento de la ley apropiadas.

El no cumplimiento con la política o los procedimientos del programa, o cualquier violación del contrato, podría resultar en la terminación de nuestro plan.

Si un miembro parece haber cometido fraude, desperdicio o abuso o no ha corregido problemas, la inscripción del miembro puede ser cancelada involuntariamente de nuestro plan médico, con la aprobación del estado.

6 SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS

Resumen de beneficios para los miembros de cuidado a largo plazo de Simply

Proporcionamos los servicios cubiertos listados a continuación y **debemos** autorizar servicios cubiertos. Toda modificación a los servicios cubiertos será comunicada a través de un boletín, manual del proveedor y/o enmienda contractual. El sitio web de proveedores tiene la información más actualizada sobre servicios cubiertos.

El alcance de los beneficios incluye lo siguiente:

Servicios de base domiciliaria y comunitaria

- Cuidado de acompañante para adultos
- Cuidado médico de día para adultos
- Vida asistida
- Servicios de cuidado asistido
- Cuidado de asistente
- Manejo conductual
- Coordinación de cuidado/administración de casos
- Capacitación de cuidadores
- Adaptación de accesibilidad al hogar
- Comidas entregadas a domicilio
- Tareas domésticas
- Hospicio
- Enfermería intermitente y especializada
- Equipos y suministros médicos
- Administración de medicamentos
- Administración de medicamentos
- Centro de enfermería
- Evaluación nutricional/reducción de riesgos
- Cuidado personal
- Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)
- Cuidado de relevo
- Terapia ocupacional, física, respiratoria y del habla
- Transporte (no de emergencia)

Servicios de Managed Medical Assistance (para miembros que están inscritos en Medicaid con Simply)

- Enfermero registrado profesional avanzado
- Servicios de centro quirúrgico ambulatorio
- Servicios de cuidado asistido
- Servicios de salud conductual
- Centro de maternidad y servicios de partera certificada
- Servicios clínicos
- Servicios de quiropráctica
- Servicios dentales
- Chequeo de salud infantil
- Vacunaciones
- Servicios de emergencia
- Servicios de emergencia de salud conductual
- Servicios y suministros para planificación familiar
- Servicios de Comienzo Saludable (Healthy Start)
- Servicios de audición
- Servicios de salud a domicilio y atención de enfermería
- Servicios para enfermos terminales
- Servicios hospitalarios
- Servicios de laboratorio y diagnósticos por imágenes
- Suministros médicos, equipos, prótesis y órtesis
- Servicios prestados en un centro de enfermería
- Servicios de optometría y de la visión
- Servicios de asistente médico
- Servicios de médico
- Servicios de podología
- Servicios de medicamentos recetados
- Servicios de diálisis renal
- Servicios de terapia
- Servicios de transporte

Beneficios y servicios ampliados

Cubrimos beneficios adicionales para miembros elegibles además de los que ofrece el programa Statewide Medicaid Managed Care Long-Term Care (SMMC-LTC) de Florida. Estos beneficios ampliados pueden incluir lo siguiente:

- Hasta \$5,000 para costos de transición para reubicar miembros entre entornos de servicio; 1 beneficio de por vida
- Transporte comunitario, 4 viajes de una sola vía al mes a un ambiente comunitario; hasta 25 millas
- Transporte del cuidador, 4 viajes de una sola vía al mes para cuidadores para visitar a seres queridos en un ALF
- Cama reservada por hasta 30 días para vida asistida y hogares de cuidado familiar para adultos
- Sesiones de terapia individual para cuidadores; 12 sesiones por año
- Canasta de bienvenida a un ALF de hasta \$50 en artículos para seleccionar; 1 beneficio de por vida
- El Beneficio para una vida saludable incluye dispositivos de asistencia/ayudas para la adaptación para ayudar a los miembros a mantener una vida saludable e independiente; 1 beneficio de por vida

Servicios médicos

Las reclamaciones para los servicios cubiertos de SMMC-LTC son cubiertas por Simply en la medida que estas no sean cubiertas por Medicare u otro seguro o sean reembolsadas por Medicaid conforme a las políticas de costo compartido de Medicare de Medicaid. Estas incluyen:

- Equipo médico duradero y suministros.
- Cuidado de enfermería de servicios de salud a domicilio.
- Servicios para enfermos terminales.
- Servicios hospitalarios para pacientes internados.
- Servicios de terapia ocupacional, física y del habla.
- Servicios médicos hospitalarios ambulatorios/emergencias.
- Servicios de la visión (si son médicos, Medicare es el pagador primario).

Somos responsables por el coseguro y los deducibles de Medicare como el pagador secundario de acuerdo con las guías de Medicaid. Los servicios no cubiertos por Medicare, pero ofrecidos a través del programa SMMC-LTC deben ser autorizados por Simply.

Toda la documentación está sujeta a estándares generales de la industria nacional y generalmente aceptados incluyendo, entre otros, el conjunto de código de la Terminología Actual del Procedimiento (CPT®) de la Asociación Médica Estadounidense (AMA), el Sistema Común de Codificación del Procedimiento de Cuidado Médico (HCPCS) y guías de la clínica de codificación de la Asociación Estadounidense de Hospitales (AHA).

Además de los estándares de la industria nacional y generalmente aceptados, la autoridad primaria para todas las cláusulas de cobertura para Medicare es la *Ley del Seguro Social*, el *Código de Regulaciones Federales (CFR)* y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Medicaid podría estar sujeto a los requisitos de la agencia de su Estado responsable por operar el programa de Medicaid y/o las leyes de cuidado médico en su estado. En lugar de normas específicas del Estado, Medicaid favorecerá las guías de Medicare y otras cláusulas aplicables en el Manual del Proveedor.

Servicios de emergencia

Nuestra Línea de Enfermería 24/7 está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, con personal clínico para ofrecer consejería de priorización y referencia y, si es necesario, hacer arreglos para el tratamiento del miembro. El personal tiene acceso a profesionales calificados de salud conductual para evaluar las emergencias de salud conductual.

No desalentamos a los miembros de que usen el sistema de emergencia 911 o les negamos acceso a servicios de emergencia. Los servicios de emergencia son ofrecidos a miembros sin requerir una precertificación. Cualquier hospital o proveedor que llame para pedir una autorización para servicios de emergencia le será dada una inmediatamente a petición. La cobertura de servicios de emergencia incluye servicios necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Los criterios usados para definir una condición médica de emergencia están de acuerdo con el estándar de persona no experta prudente y cumple con requisitos federales y estatales.

Una condición médica de emergencia se define como una condición física o conductual que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluyendo dolor intenso), que una persona común prudente, que posea un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar razonablemente que la ausencia de cuidado médico inmediato podría producir lo siguiente: 1) poner la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o su hijo no nacido) en peligro grave, 2) deterioro grave de las funciones corporales; o 3) disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal.

Coordinamos la respuesta de emergencia con servicios comunitarios, incluyendo la policía, los departamentos de bomberos y EMS, libertad bajo palabra juvenil, el sistema judicial, servicios de protección infantil, dependencia química y autoridades locales de salud mental, si aplica.

Cuando un miembro busca los servicios de emergencia en un hospital, la decisión en cuanto si existe la necesidad de esos servicios será hecha, para propósitos del tratamiento, por un médico certificado para practicar medicina o, en la medida permitida por la legislación aplicable, por otro personal licenciado apropiadamente, bajo la supervisión de, o en conjunto con, un médico autorizado para practicar la medicina. El médico u otro personal apropiado indicará en el cuadro del miembro los resultados del examen médico de emergencia. Le daremos una compensación al proveedor por la revisión, las evaluaciones y el examen que sean razonables y calculados para ayudar al proveedor de cuidados médicos a determinar si la condición del paciente es o no una condición médica de emergencia.

En caso de que exista una duda alrededor de la transferencia de un paciente (es decir, si el paciente está lo suficiente estable para ser dado de alta o transferido o si los beneficios médicos de una transferencia inestable superan los riesgos), prevalece el criterio del (de los) médico(s) tratante(s) que actualmente cuida(n) al miembro en el centro de tratamiento y es vinculante para Simply. En caso de que el departamento de emergencia no pueda estabilizar ni dar de alta al miembro, Simply ayudará en la coordinación de la admisión como paciente hospitalizado, independientemente de que el hospital esté o no en la red. Todas las transferencias de centros que no estén en la red a centros en la red se llevarán a cabo solamente después de que el miembro esté estable médicamente y el centro pueda proporcionar el nivel de cuidado requerido.

Si el miembro es admitido, el enfermero de revisión concurrente de Simply implementará el proceso de revisión concurrente para asegurar la coordinación de la atención al miembro.

Tarjeta de identificación del miembro

A todo miembro se le proporciona una tarjeta de identificación, la cual identifica al miembro como participante en el programa de Simply. La tarjeta de identificación incluye:

- El número de identificación del miembro.
- El nombre y apellido e inicial del segundo nombre del miembro.
- La fecha de entrada en vigencia de la inscripción del miembro.
- Un número de teléfono gratuito para obtener información y/o autorizaciones.
- Información sobre el procesamiento de reclamaciones de farmacia.

Tenga en cuenta que tener una tarjeta no establece tener la elegibilidad para la cobertura. Si un miembro de Simply no puede presentar su tarjeta de identificación del miembro de Simply, llame al administrador de casos del miembro al **1-877-440-3738**.

7 ELEGIBILIDAD DEL MIEMBRO

La Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA) de Florida determina la elegibilidad para membresía. Los miembros elegibles para inscribirse en el programa Statewide Medicaid Managed Care Long-Term Care (SMMC-LTC) de Florida deben tener/ser:

- 18 años o más.
- Determinados por el programa Florida Comprehensive Assessment and Review for Long-term Care Services (CARES) como que satisfacen el nivel de cuidado de centro de enfermería y estar en cualquiera de los siguientes programas o programas de elegibilidad: Elegibles para Medicaid con ingresos hasta el nivel del Programa de Cuidado Institucional (ICP) según fue definido por el Departamento de Niños y Familias (DCF) de Florida (anteriormente el Departamento de Salud y Servicios de Rehabilitación) o están pendientes de Medicaid (es decir, esperando averiguar si se cumplen los criterios financieros para Medicaid).
- Residir en el área de servicio del programa SMMC-LTC.

Determinación de elegibilidad

El DCF de Florida y/o la Administración Federal del Seguro Social determinan la elegibilidad financiera y categórica de Medicaid de la persona. La elegibilidad financiera para el programa SMMC-LTC se basa en los ingresos y el nivel de activos del ICP de Medicaid.

El programa CARES de Florida determina la elegibilidad clínica de una persona para el programa SMMC-LTC.

Determinación de la inelegibilidad

Una persona no es elegible para inscribirse en el programa SMMC-LTC si él o ella reside fuera del área de servicio de dicho programa.

8 APOYO DE LA ADMINISTRACIÓN AL MIEMBRO

Identificación y verificación de miembros de cuidado a largo plazo

Al inscribirse, le enviaremos al miembro un paquete de bienvenida. Este paquete incluye una carta de presentación, una tarjeta de identificación del miembro, un directorio de proveedores y un manual del miembro. Todo miembro de Simply será identificado al presentar una tarjeta de identificación de Simply, la cual tiene el número de identificación del miembro. Puede revisar la elegibilidad del miembro en línea en www.simplyhealthcareplans.com/provider o llamándonos al **1-877-440-3738**.

Acceso a comunicaciones

Para que el miembro tenga acceso a comunicaciones, nosotros:

- Nos aseguramos de que los miembros con un bajo dominio del inglés tengan acceso significativo a los servicios.
- Garantizamos que tengan disponibles (a petición) materiales escritos del miembro en letra grande, en cinta de audio y en otros idiomas que no sean inglés.
- Proporcionamos materiales escritos del miembro en el nivel apropiado de lectura y/o grado.
- Ofrecemos la asistencia de un intérprete para comunicarse con los miembros que no hablen inglés.
- Ponemos a disposición Servicios para Miembros al **1-877-440-3738 (TTY 711)** para acceder a servicios de traducción para más de 200 idiomas.

Declaración de derechos del paciente y obligaciones del miembro

Según la legislación de Florida, un proveedor o centro médico tiene la obligación de reconocer los derechos del miembro mientras él o ella esté recibiendo cuidado médico. Además, el miembro tiene la obligación de respetar el derecho del proveedor o centro médico de esperar cierto comportamiento de parte de los pacientes. Todos los proveedores tienen la obligación de publicar este resumen en sus oficinas. Los miembros pueden pedir una copia del texto completo de esta ley a su proveedor o centro médico.

Un miembro tiene derecho a:

- Ser tratado con cortesía y respeto, con aprecio por su dignidad individual y con protección de su necesidad de privacidad.
- Recibir una respuesta rápida y razonable a sus preguntas y solicitudes.
- Saber quién está proporcionando servicios médicos y quién es responsable por su cuidado.
- Saber qué servicios de apoyo tiene disponible el paciente, incluyendo si hay disponible un intérprete, si él o ella no habla inglés.
- Saber cuáles normas y regulaciones aplican a su conducta.
- Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y obligaciones para los miembros de la organización.
- Recibir información de su proveedor de cuidado médico, con respecto al diagnóstico, curso de tratamiento planeado, alternativas, riesgos y pronóstico independientemente del costo o cobertura de beneficios.
- Participar con su proveedor de cuidado médico en la toma de decisiones sobre su cuidado médico.
- Rechazar cualquier tratamiento, excepto según lo que de otro modo estipule la ley.
- Recibir, a petición, información completa y consejería necesaria sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su cuidado.
- Recibir, a petición y antes del tratamiento, un estimado razonable de los cargos por el cuidado médico.
- Recibir una copia de una factura razonable detallada clara y entendible y, a petición, que le expliquen los cargos.
- Recibir acceso imparcial al tratamiento médico o adaptaciones, independientemente de su raza, origen nacional, religión, discapacidad física o fuente de pago.

- Recibir tratamiento por cualquier condición médica de emergencia que se deteriorará a partir de la no prestación de tratamiento.
- Saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental y a dar su consentimiento o rechazo para participar en dicha investigación experimental.
- Que se le garantice el manejo confidencial de los registros médicos y, excepto cuando lo requiera la ley, aprobar o rechazar su divulgación.
- Presentar reclamos con respecto a cualquier violación de sus derechos, según lo establece la ley en Florida, mediante el procedimiento de reclamos ante el proveedor o centro médico que le prestó el servicio o ante la agencia certificadora estatal apropiada.
- El derecho a una conversación sincera de opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para sus condiciones, sin importar el costo o cobertura del beneficio.

Un miembro tiene la obligación de:

- Suministrar a su proveedor de cuidado médico, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre quejas presentes, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- Informar cambios inesperados en su condición a su proveedor de cuidado médico.
- Informar al proveedor de cuidado médico si él o ella entiende el curso de acción sugerido y qué se espera de él o ella.
- Seguir el plan de tratamiento recomendado por su proveedor de cuidado médico.
- Cumplir con las citas y, cuando no pueda hacerlo por algún motivo, informar al proveedor o centro médico.
- Ser responsable por sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor de cuidado médico.
- Garantizar que las obligaciones financieras de su cuidado médico sean satisfechas lo más pronto posible.
- Seguir las normas y regulaciones del centro médico que afectan el cuidado y la conducta del paciente.
- Los miembros que residen en centros de enfermería, centros de vida asistida u hogares para cuidado familiar de adultos tienen una obligación financiera del paciente de acuerdo con y según lo determina el Departamento de Niños y Familias.

Servicios cultural y lingüísticamente apropiados

Los paneles de pacientes son cada vez más diversos y las necesidades se están volviendo más complejas. Es importante que los proveedores tengan el conocimiento, los recursos y las herramientas para ofrecer cuidado culturalmente competente y lingüísticamente apropiado. Simply quiere ayudar, a medida que todos trabajamos juntos para lograr la equidad en salud.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos define la competencia cultural como la habilidad de honrar y respetar las creencias, idiomas, estilos interpersonales y comportamientos de las personas y familias que reciben los servicios, así como los miembros del personal que están proporcionando tales servicios. Es un proceso dinámico continuo de desarrollo que requiere un compromiso a largo plazo. La Red de Seguridad del Paciente de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ) explica que el cuidado médico se define a través de un lente cultural tanto para los pacientes como para los proveedores. Las afiliaciones culturales de una persona pueden influenciar:

- Dónde y cuándo se accede al cuidado, cómo se describen los síntomas,
- Las expectativas de las opciones de cuidado y tratamiento,
- Adherencia a las recomendaciones de cuidado.

Los proveedores también traen sus propias orientaciones culturales, incluyendo la cultura de la medicina.

Ofrecer cuidado cultural y lingüísticamente apropiado incorpora una variedad de destrezas y conocimientos, incluyendo, entre otros, la habilidad de:

- Reconocer los factores culturales (normas, valores, patrones de comunicación y visiones del mundo) que moldean la conducta personal y profesional.
- Desarrollar entendimiento de las necesidades, los valores y los medios preferidos de otros de satisfacer esas necesidades.
- Formular planes de tratamiento culturalmente competentes.
- Entender cómo y cuándo utilizar servicios de asistencia de idiomas, incluyendo intérpretes formalmente capacitados y ayudas y servicios auxiliares, para apoyar la comunicación efectiva.
- Evitar el uso de miembros de la familia, especialmente menores, para actuar como intérpretes para pacientes con limitación en el dominio del inglés.
- Entender y adherirse a las regulaciones para apoyar las necesidades de pacientes diversos, tales como la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA).
- Utilizar recursos comunitarios culturalmente apropiados como sean necesarios para apoyar las necesidades y el cuidado del paciente.

Simply garantiza que los proveedores tengan acceso a los recursos para apoyar la prestación de servicios cultural y lingüísticamente apropiados. Simply alienta a los proveedores a acceder y utilizar los siguientes recursos.

MyDiversePatients.com: El sitio web My Diverse Patient ofrece recursos, información y técnicas para ayudar a proporcionar el cuidado individualizado que todos los pacientes merecen sin importar la diversidad de sus orígenes. El sitio también incluye experiencias de aprendizaje en temas relacionados con competencia cultural y disparidades que ofrecen crédito de Educación Médica en Curso (CME) gratuito. Los ofrecimientos actuales de CME incluyen:

- **Cuidado de niños con TDAH:** Promueve el entendimiento de y la adherencia a guías de diagnóstico y tratamiento; el uso del Kit de Herramientas de Recursos para Profesionales Clínicos de la AAP; conciencia de y estrategias para abordar disparidades.
- **Mi práctica incluyente: mejorar el cuidado para pacientes LGBTQIA+:** Ayuda a los proveedores a entender los miedos y las ansiedades que los pacientes LGBTQIA+ a menudo sienten sobre buscar cuidado médico, aprender preocupaciones claves de salud de los pacientes LGBTQIA+ y desarrollar estrategias para brindar cuidado médico efectivo a los pacientes LGBTQIA+.
- **Mejorar la experiencia del paciente:** Ayuda a los proveedores a identificar oportunidades y estrategias para mejorar la experiencia del paciente durante un encuentro de cuidado médico.
- **Adherencia a medicamentos:** Ayuda a los proveedores a identificar factores que contribuyen a las disparidades de adherencia a medicamentos para poblaciones diversas y aprender técnicas para mejorar la comunicación centrada en el paciente para apoyar las necesidades de diversos pacientes.
- **Movimiento hacia la equidad en el cuidado para el asma:** Ayuda a los proveedores a entender los problemas que con frecuencia enfrentan diversos pacientes con asma y a desarrollar las estrategias de comunicación para mejorar el entendimiento del paciente.
- **Reducir la amenaza de estereotipo de cuidado médico (HCST):** Ayuda a los proveedores a entender la HCST y las implicaciones para pacientes diversos así como los beneficios de reducir la HCST tanto para los pacientes como las prácticas de los proveedores y cómo hacerlo.

Capacitación en competencia cultural (Compromiso de competencia cultural y del paciente): Un recurso de capacitación para incrementar la competencia cultural y de discapacidad para ayudar al apoyo efectivo de las necesidades de salud y de cuidado médico de sus diversos pacientes.

Kit de herramientas para el cuidado de poblaciones diversas: Un recurso integral para ayudar a los proveedores y al personal del consultorio a incrementar la comunicación efectiva al mejorar el conocimiento de los valores, las creencias y las necesidades de pacientes diversos.

Simply aprecia el compromiso compartido para asegurar que los miembros reciban servicios cultural y lingüísticamente apropiados para apoyar el cuidado efectivo y los resultados de salud mejorados.

Mercadeo

A los proveedores se les permite facilitar y/o distribuir materiales de mercadeo de Simply siempre que el proveedor y/o el centro distribuya o facilite los materiales de mercadeo para todos los planes de atención administrada con los cuales participa el proveedor. A los proveedores también se les permite mostrar carteles u otros materiales en áreas comunes, tales como la sala de espera del proveedor. Además, a los centros de cuidado a largo plazo se les permite proporcionar materiales en paquetes de admisión anunciando todas las relaciones contractuales del plan de atención administrada.

Proporcionaremos educación y actividades de divulgación y monitoreo para garantizar que usted esté consciente de y cumpla con las siguientes guías:

- En la medida en la que un proveedor pueda ayudar a un receptor en una evaluación objetiva de sus necesidades y las posibles opciones para satisfacer estas necesidades, el proveedor puede hacerlo así. Los proveedores pueden participar en debates con los receptores si un receptor busca consejos. Sin embargo, los proveedores deben permanecer neutrales cuando ayuden con las decisiones de inscripción.
- Los proveedores no pueden:
 - Ofrecer formularios de mercadeo/citas.
 - Hacer llamadas telefónicas o contacto directo, exhortando o intentando persuadir a los receptores a que se inscriban en un plan de atención administrada basado en intereses financieros o de otro tipo por parte del proveedor.
 - Enviar por correo materiales de mercadeo a nombre de un plan de atención administrada.
 - Ofrecer artículos de valor para inducir a los receptores/inscritos a seleccionarlos como su proveedor.
 - Ofrecer incentivos para persuadir a los receptores a inscribirse en un plan de atención administrada.
 - Hacer exámenes médicos de diagnóstico como actividad de mercadeo.
 - Aceptar compensación directa o indirectamente de un plan de atención administrada para actividades de mercadeo.
 - Distribuir materiales de mercadeo dentro del entorno de una sala de exámenes.
 - Suministrar listados de sus pacientes de Medicaid o la membresía de cualquier plan de atención administrada a un plan de atención administrada.
- Los proveedores pueden:
 - Proporcionar los nombres de los planes de atención administrada con los cuales ellos participan.
 - Facilitar y/o distribuir materiales de mercadeo del plan de atención administrada.
 - Referir a los pacientes a otras fuentes de información, tales como el plan de atención administrada, el agente de inscripción o la oficina del área local de Medicaid.
 - Compartir información con pacientes del sitio web de la agencia o de los CMS.
 - Anunciar afiliaciones nuevas o continuadas con el plan de atención administrada a través de publicidad general (por ejemplo: radio, televisión, sitios web).
 - Hacer anuncios de nuevas afiliaciones en los primeros 30 días calendario del nuevo acuerdo de proveedor.

- Realizar un anuncio a pacientes de una nueva afiliación que nombre solo el plan de atención administrada cuando tal anuncio sea transmitido a través de correo directo, correo electrónico o teléfono.
 - Las comunicaciones adicionales por correo directo y/o correo electrónico por parte de los proveedores a sus pacientes con respecto a afiliaciones deben incluir una lista de todos los planes de atención administrada con los cuales participa el proveedor.
 - Todos los materiales de comunicación de la afiliación que incluyen información específica del plan de atención administrada (por ejemplo: beneficios, formularios) deben ser aprobados previamente por la agencia.
- Distribuir información impresa proporcionada por el plan de atención administrada para sus pacientes comparando los beneficios de todos de los diferentes planes de atención administrada con los cuales contratan los proveedores.

9 ADMINISTRACIÓN DE CASOS

Rol de los administradores de casos

Los administradores de casos de Simply son responsables por la planificación del cuidado a largo plazo y por desarrollar y llevar a cabo estrategias para coordinar e integrar la prestación de servicios médicos y de cuidado a largo plazo. Nuestro departamento de Administración de casos está dedicado a ayudar a los miembros a obtener los servicios necesarios. Cada miembro es asignado automáticamente a un administrador de casos sin necesidad de un referencia. Los administradores de casos:

- Cooperarán con los médicos y otros proveedores.
- Ayudarán a los miembros a obtener los servicios necesarios.
- Desarrollarán planes de cuidado personal.
- Coordinarán e integrarán servicios de cuidado agudo y a largo plazo.
- Visitarán a los miembros en sus residencias para evaluar y discutir las necesidades.
- Emitirán autorizaciones a los proveedores para servicios cubiertos.
- Promoverán una mejora en la calidad de vida del miembro.
- Asignarán los recursos apropiados del plan médico para el cuidado y el tratamiento de miembros con enfermedades crónicas.

Intervenciones de administración de casos

Las intervenciones de administración de casos pueden ser realizadas mediante:

- Visitas cara a cara al hogar del miembro y/o la familia.
- Seguimiento telefónico con el miembro y/o la familia por un administrador de casos.
- Proveer materiales educativos.
- Comunicación con proveedores de servicio.
- Coordinación e integración de servicios de cuidado agudo y a largo plazo.

Referencias

El administrador de casos es responsable de determinar si una referencia para un servicio cubierto o un cambio en un servicio de cuidado a largo plazo es apropiado. La autorización de servicios nuevos y/o cambiados se iniciará cuando se aplique una de las siguientes condiciones:

- Los servicios son necesarios para abordar la salud y/o necesidades de servicio social del miembro.
- El miembro no responde a un plan de salud actual.
- Los servicios son suministrados en una forma no destinada principalmente para la conveniencia del miembro, el cuidador o el proveedor del miembro.

Para los miembros del programa Statewide Medicaid Managed Care Long-Term Care (SMMC LTC) con Medicare: Todas las referencias para servicios no cubiertos por Medicare necesitan la autorización del administrador de casos del miembro. Los miembros que requieran un servicio cubierto por Medicare deben acceder al beneficio a través del programa Medicare de pago por servicios o a través de su organización para el mantenimiento de la salud de Medicare.

Nosotros debemos autorizar los servicios de SMMC-LTC. Para obtener la autorización, póngase en contacto con el administrador de casos del miembro.

El administrador de casos del miembro puede enviarle los siguientes documentos para ayudarlo a la prestación de servicios cubiertos:

- *Formulario de servicio nuevo*: se usa para comenzar servicios nuevos; generalmente usado para proveedores de salud en el hogar, respuesta a emergencias o de comidas
- *Formulario de espera/reanudación*: se usa para colocar los servicios en espera y reanudar los servicios; generalmente usados para proveedores de salud en el hogar, de respuesta a emergencias o de comidas
- *Formulario de cambio de servicio*: se usa para cambiar la frecuencia y la duración de un servicio
- *Formulario de terminación*: informa a los proveedores la terminación de los servicios; generalmente usados para proveedores de salud en el hogar, de respuesta a emergencias o de comidas
- *Formulario de autorización*: autoriza el pago del proveedor por los servicios cubiertos

Admisiones en un hospital

Cuando sepa que un miembro necesita una admisión en un hospital o que ha sido admitido en un hospital, un centro de vida asistida, de cuidado médico en el hogar o un hogar de ancianos, o está bajo el cuidado de otro proveedor, deberá informar al administrador de casos del miembro. Debe informar por escrito al administrador de casos de Simply en un plazo de 24 horas si el miembro está hospitalizado, ha sido dado de alta, se muda o ha muerto. Anularemos los días de reserva de cama para los proveedores del centro de vida asistida y hogar de ancianos si no se nos provee la notificación apropiada de la reubicación del miembro para estadía de paciente hospitalizado, admisión en un hospicio, o un traslado temporal o permanente. El administrador de casos de Simply ayudará proactivamente al miembro con las necesidades de planificación para ser dado de alta antes de regresar a la comunidad al colaborar con la familia, el planificador y centro para dar de alta al paciente hospitalizado.

Medicare, MMA o la cobertura comercial es el pagador primario para los servicios hospitalarios para pacientes internados. Para preguntas con respecto a servicios, contacte al administrador de casos al **1-877-440-3738**.

A los siguientes proveedores se les requiere tener un servicio de 24 horas:

- Centros de vida asistida
- Hogares para cuidado familiar de adultos
- Centros de hospicio
- Sistemas de respuesta de emergencia
- Hogares de ancianos

Los médicos ofrecerán consejos y evaluarán el cuidado, según sea apropiado, para la condición médica de cada miembro. Las condiciones de emergencia serán referidas a la sala de emergencias más cercana.

Cuidado de Condiciones

Los programas de Cuidado de Condiciones (CNDC) están basados en un sistema de intervenciones y comunicaciones para la administración de cuidados médicos coordinada para ayudar a los médicos y otros a manejar miembros con condiciones crónicas. El programa incluye una perspectiva integral, enfocándose en las necesidades del miembro a través de recursos telefónicos y basados en la comunidad. Las técnicas de entrevista motivacionales usadas junto con el autoempoderamiento del miembro y la habilidad de manejar más de una enfermedad para satisfacer las necesidades cambiantes de cuidado médico de nuestra población de miembros.

Cuidado de Condiciones incluye programas para la enfermedad de Alzheimer y demencia.

Aspectos del programa

- Procesos de identificación proactiva
- El contenido del programa está basado en guías de práctica clínica basadas en evidencia
- Modelos prácticos colaborativos que incluyen al médico y los proveedores de servicios de apoyo en la planificación del tratamiento
- Ofrece educación continua sobre autocontrol del paciente, incluyendo prevención primaria, orientación relacionada por conductas relacionadas y cumplimiento/monitoreo, como también administración de casos/administración de cuidados médicos para miembros de alto riesgo
- Comunicación continua con los proveedores con respecto al estado del paciente

Nuestro programa de cuidado de condiciones está basado en guías de práctica clínica aprobadas a nivel nacional ubicadas en www.simplyhealthcareplans.com/provider. Puede imprimir una copia de las guías desde el sitio web.

¿Quién es elegible?

Todos los miembros son elegibles para los servicios de CNDC para los cuales corresponden sus condiciones.

Derechos y obligaciones del proveedor de CNDC

El proveedor tiene derecho a:

- Tener información sobre Simply, incluyendo programas y servicios provistos, nuestro personal, y las calificaciones de nuestro personal y relaciones contractuales.
- Rechazar participar en o trabajar con los programas y servicios de Simply para sus pacientes, dependiendo de los requisitos contractuales.
- Estar informado de cómo coordinó Simply las intervenciones con planes de tratamiento para pacientes individuales.
- Saber cómo ponerse en contacto con la persona responsable para manejar y comunicarse con los pacientes del proveedor.
- Estar apoyado por la organización para tomar decisiones interactivamente con los pacientes en cuanto a su cuidado médico.
- Recibir tratamiento cortés y respetuoso de parte del personal de Simply.
- Comunicar quejas acerca de CNDC según lo delineado en el procedimiento de quejas y reclamos de proveedores de Simply.

Horario de atención

Nuestros administradores de casos de cuidado de condiciones son enfermeros registrados que están disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. ET. El correo de voz confidencial está disponible las 24 horas al día.

Información de contacto

Llame al **1-888-830-4300** para comunicarse con un administrador de cuidados médicos de manejo de enfermedades. Puede obtener información adicional sobre el manejo de enfermedades visitando www.simplyhealthcareplans.com/provider. Los miembros pueden obtener información sobre nuestro CNDC visitando www.simplyhealthcareplans.com/Medicaid o llamando al **1-888-830-4300**.

Comité asesor de inscritos

Simply mantiene un comité asesor de inscritos que considera los problemas de los miembros de LTC y obtiene comentarios periódicos de los miembros de LTC sobre satisfacción con el cuidado, notificación de problemas y sugerencias para mejorar el sistema de prestación de servicio (42 CFR 438.110(a)).

El comité evalúa y aborda preocupaciones en torno a, la calidad y cantidad de servicios, al igual que la cortesía y los conocimientos de los proveedores. Además de evaluar la satisfacción de los miembros con Simply y sus proveedores de LTC, el comité asesor de inscritos también permite lo siguiente:

- Identificar necesidades de educación sobre salud de los miembros.
- Educar a los miembros acerca de sus derechos y obligaciones, sus beneficios y cómo presentar un reclamo o una apelación.
- Identificar oportunidades de mejora de los procesos.
- Identificar problemas.
- Sugerencias para mejorar el sistema de prestación de servicios.

La reunión del comité asesor de inscritos se realiza por lo menos dos veces anualmente.

10 ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD

Programa de mejora de la calidad

El Programa de mejora de la calidad (Programa de QI) de Simply es un sistema continuo, integral e integrado que define cómo apoyamos la calidad objetivamente. El programa también monitorea y evalúa sistemáticamente la calidad, seguridad e idoneidad del cuidado y los servicios ofrecidos por la red de salud e identifica y actúa sobre oportunidades para mejora. Un miembro del personal con cinco o más años de experiencia y/o capacitación en trabajo con ancianos y/o personas con discapacidades es designado al Comité de Administración de la Calidad.

El propósito del Programa de QI es:

- Monitorear y evaluar objetiva y sistemáticamente la calidad, idoneidad, accesibilidad y disponibilidad de cuidado y servicios seguros y equitativos.
- Identificar e implementar estrategias para mejorar la calidad, idoneidad y accesibilidad del cuidado médico de los miembros.
- Facilitar la integración en toda la organización de los principios de administración de la calidad.

La meta general del Programa de QI es mejorar la calidad y seguridad del cuidado y los servicios proporcionados a los miembros a través de la red de proveedores de Simply y nuestros programas y servicios. Todas las metas del Programa de QI son revisadas anualmente y según se necesite. Las metas se identifican principalmente a través de:

- Actividades continuas para monitorear la prestación del cuidado y los servicios.
- Problemas identificados al rastrear y ver tendencias de datos con el tiempo.
- Problemas/resultados identificados en la *Evaluación del Programa de QM* del año anterior.
- Un análisis demográfico y de morbilidad de la edad del miembro, el género y las categorías de enfermedades diagnosticadas con mayor frecuencia (paciente hospitalizado y ambulatorio).
- Revisiones internas de procesos.
- Estándares de acreditación, regulatorios y contractuales.

El programa Statewide Medicaid Managed Care Long-Term Care (SMMC-LTC) aborda las necesidades de los miembros de cuidado a largo plazo y promueve mejoras a la calidad de vida. Como parte del Programa de QI de Simply, identificamos posibles áreas problemáticas para los miembros e implementamos estrategias para la mejora de dichas áreas. Nuestro equipo de administración de casos ayuda a asegurar las mejoras a la calidad de vida para los miembros al monitorear la calidad, idoneidad y eficacia del cuidado de los miembros.

Nuestro programa de cuidado a largo plazo depende de los miembros, como también su personal de cuidados y proveedores, para ayudar a mejorar su calidad de vida. Las comunicaciones del proveedor sobre las necesidades del diario vivir de un miembro ofrecen la mejor información a los administradores de casos y ayudan con las actividades de mejora de la calidad.

Para los miembros que viven en casa, en un centro de vida asistida, hogares para cuidado familiar de adultos o en un hogar de ancianos, los administradores de casos promueven la calidad de vida de los miembros al desarrollar el espíritu de los miembros, facilitando su libertad de elegir al alentar su individualidad, promover su independencia, personalizar sus servicios y ayudarlo a mantener su dignidad.

Medición del desempeño de calidad

El Programa de QI de Simply se esmera para mejorar la calidad del cuidado médico y enfatiza en mejorar la calidad de la evolución del paciente, incluyendo establecer métricas para monitorear la calidad y el desempeño de cada proveedor participante. El desempeño del proveedor es evaluado mediante revisiones de registros médicos, revisiones al sitio, revisiones de colegas, encuestas de satisfacción, proyectos de mejora del desempeño y métricas específicas para proveedores. Los proveedores tienen que apoyar y cumplir con los estándares del Programa de QI.

Preocupaciones potenciales sobre calidad del cuidado médico

El Programa de QI de Simply incluye la revisión de problemas de calidad del cuidado médico identificados para todos los entornos de cuidado. El personal de QM usa las quejas de los miembros, eventos adversos reportados y otra información para evaluar la calidad del servicio y el cuidado brindado a nuestros miembros. Las investigaciones potenciales de calidad del cuidado médico están atadas a la revisión de colegas y los procesos de acreditación/reactificación.

Orientación, monitoreo y educación del proveedor

Relaciones con los Proveedores realiza servicios internos iniciales y en curso para los proveedores. Los servicios internos incluyen una visión general del cuidado a largo plazo y la elegibilidad del miembro, el rol del administrador de casos, autorización, y facturación e información del contrato. Las sesiones de educación pueden programarse según su conveniencia.

Simply realiza visitas de monitoreo de acuerdo con la política de acreditación y reactificación de Simply. Le ofreceremos una explicación detallada del monitoreo y revisión de los hallazgos durante una conferencia de salida en el día de la revisión. En caso de que su agenda no le permita tener suficiente tiempo el día de la revisión, se puede programar una cita de seguimiento.

Encuestas de satisfacción

Simply realiza una encuesta anual para evaluar la satisfacción de los proveedores con la inscripción de proveedores, comunicaciones, acreditación, resolución de quejas, procesamiento de reclamaciones, reembolso de reclamaciones, reclamos y apelaciones y procesos de administración de la utilización.

Simply lleva a cabo la herramienta de Encuesta de satisfacción de los proveedores estandarizada requerida de Florida. Los resultados de esta encuesta son proporcionados a la AHCA antes del 1 de julio de cada año calendario.

Simply también realiza la Encuesta de evaluación del consumidor de los proveedores y sistemas de cuidado médico de Servicios en el hogar y la comunidad (CAHPS® HCBS). Esta encuesta de satisfacción de los miembros evalúa las percepciones de nuestros miembros de LTC acerca de nuestro plan médico y sus proveedores de LTC. Las preguntas centrales cubren temas tales como obtener servicios necesarios, comunicación con los proveedores, administradores de casos, elección de servicios, seguridad personal, inclusión comunitaria y empoderamiento.

Uso compartido de datos con el proveedor

Los informes del uso compartido de datos con el proveedor son elaborados para proveedores y usados por Simply en la evaluación del desempeño del proveedor durante los procedimientos de acreditación y reacreditación y las decisiones de recontractación.

Los informes del uso compartido de datos con el proveedor incluyen información de tendencias para la revisión de documentación, aportes del miembro, problemas de calidad del cuidado, cumplimiento del contrato y comparaciones con otros proveedores en la misma especialidad.

Los proveedores deben compartir sus datos de desempeño con nosotros a petición y cooperar con actividades de mejora de la calidad.

Acreditación

Requisitos de acreditación

Para convertirse en proveedor participante de Simply, debe ser elegible para inscribirse en el programa Medicaid y debe tener una licencia actual e ilimitada emitida por el estado. Estamos autorizados a tomar todas las medidas necesarias para asegurar que cada proveedor sea reconocido por el programa Medicaid del estado, incluyendo su elección de contratistas de agente de consejería/inscripción como proveedor participante de Simply, y que la presentación de datos de contraste del proveedor sea aceptada por los Sistemas de Administración de la Información de Florida Medicaid y/o el depósito de datos de contraste del estado. También debe cumplir con nuestros criterios de acreditación y enviar toda la información solicitada adicionalmente, incluyendo información de propiedad y control. Para comenzar el proceso de acreditación, debe entregar una *Solicitud de acreditación (personas)* o una *Solicitud de cuidado a largo plazo de Florida* completas y todos los archivos adjuntos requeridos.

Procedimientos de acreditación

Nuestro programa de acreditación incluye, entre otros, los siguientes tipos de proveedores de cuidado a largo plazo:

- Proveedores de hogares de ancianos y hospicio
- Hogares de vida asistida, hogares para cuidado familiar de adultos y servicios de salud para adultos durante el día
- Agencias de servicios de salud a domicilio, registro de enfermeros, oficios domésticos y acompañantes
- Equipos y suministros médicos, servicios de adaptación para accesibilidad en el hogar y servicios de respuesta de emergencia personal (PERS)
- Terapeutas ocupacionales, físicos, respiratorios y del habla
- Servicios de comidas entregadas a domicilio y evaluación nutricional/reducción de riesgos

Discreción de Simply

El resumen, los criterios, los estándares y los requisitos de acreditación establecidos en este documento no tienen la intención de limitar la discreción de Simply de ninguna manera para enmendar, cambiar o suspender ningún aspecto del programa de acreditación de Simply ("Programa de Acreditación") ni tienen la intención de crear derechos de parte de los profesionales o HDO que buscan proporcionar servicios médicos a los miembros. Simply además se reserva el derecho de aprobar, suspender o cesar a médicos individuales y profesionales de cuidado médico, y sitios en esos casos donde ha delegado la toma de decisiones sobre acreditación.

Alcance de la acreditación

Los requisitos de acreditación aplican a lo siguiente:

1. Profesionales que tienen licencia, están certificados o registrados por el estado para practicar independientemente (sin dirección o supervisión);
2. Profesionales que tienen una relación independiente con Simply
 - Existe una relación independiente cuando Simply dirige a sus miembros a ver a un profesional o grupo de profesionales específico, incluyendo todos los profesionales que un miembro puede seleccionar como profesionales de atención primaria; y
3. Profesionales que proporcionan cuidado a miembros bajo los beneficios médicos de Simply.

Los criterios listados arriba aplican a profesionales en los siguientes entornos:

1. Consultorios individuales o grupales;
2. Centros;
3. Redes de alquiler:
 - Que son parte de la red primaria de Simply e incluyen miembros de Simply que residen en el área de la red de alquiler.
 - Que están específicamente para cuidado fuera del área y los miembros tal vez solo vean a esos profesionales o les den un incentivo para ver a profesionales de la red de alquiler; y
4. Telemedicina.

Simply acredita a los siguientes profesionales de cuidado médico independientes con licencia/certificados por el estado:

- Médicos (MD)
- Médicos de medicina osteopática (DO)
- Médicos de podología
- Quiroprácticos
- Optómetras que proporcionan servicios de salud cubiertos bajo el plan de beneficios de salud
- Médicos odontólogos que proporcionan servicios de salud cubiertos bajo el plan de beneficios de salud, incluyendo cirujanos orales y maxilofaciales
- Psicólogos que tienen capacitación a nivel de doctorado o maestría
- Trabajadores sociales clínicos que tienen capacitación a nivel de maestría
- Profesionales psiquiátricos o enfermeros especializados en salud conductual que tienen capacitación a nivel de maestría
- Otros especialistas en cuidado de salud conductual que proporcionan servicios de tratamiento bajo el plan de beneficios de salud
- Profesionales de telemedicina que proporcionan servicios de tratamiento bajo el plan de beneficios de salud
- Terapeutas médicos (por ejemplo: terapeutas físicos, terapeutas del habla y terapeutas ocupacionales)
- Consejeros genéticos
- Audiólogos
- Acupunturistas (no MD/DO)
- Enfermeros especializados
- Enfermeras parteras certificadas
- Asistentes médicos (según los requisitos locales)
- Dietistas certificados

Los siguientes profesionales de salud conductual no están sujetos a revisión de conducta y competencia profesional bajo el Programa de Acreditación, pero están sujetos a un proceso de requisito de certificación incluyendo verificación de licencia por la junta de licencias aplicable del estado para proporcionar independientemente servicios de salud conductual y/o cumplimiento con requisitos de contrato regulatorios o estatales/federales para la prestación de servicios:

- Analistas conductuales certificados
- Consejeros de adicciones certificados
- Profesionales de trastorno por el uso de sustancias

Simply acredita a las siguientes Organizaciones de prestación de salud (HDO):

- Hospitales
- Agencias de cuidado médico en el hogar
- Centros de enfermería especializada (hogares de ancianos)
- Centros quirúrgicos ambulatorios
- Centros de salud conductual que proporcionan tratamiento de salud mental y/o para trastorno por el uso de sustancias en entornos de paciente hospitalizado, residenciales o ambulatorios, incluyendo:
 - Centros de cuidado familiar de adultos/tutela temporal
 - Desintoxicación ambulatoria
 - Centros comunitarios de salud mental (CMHC)
 - Unidades de estabilización de crisis
 - Servicios de intervención familiar intensiva
 - Intensivo para paciente ambulatorio: salud mental y/o trastorno por el uso de sustancias
 - Clínicas de mantenimiento de metadona
 - Clínicas de salud mental para paciente ambulatorio
 - Clínica para trastorno por el uso de sustancias para paciente ambulatorio
 - Hospitalización parcial: salud mental y/o trastorno por el uso de sustancias
 - Centros de tratamiento residencial (RTC): psiquiátricos y/o trastorno por el uso de sustancias
- Centros de maternidad
- Terapia de infusión en el hogar cuando no esté asociada con otra HDO acreditada actualmente

Las siguientes HDO no están sujetas a revisión de conducta y competencia profesional bajo el Programa de Acreditación, pero están sujetas a un proceso de requisito de certificación incluyendo verificación de licencia por la agencia de licencias aplicable del estado y/o cumplimiento con requisitos de contrato regulatorios o estatales/federales para la prestación de servicios:

- Laboratorios clínicos (Certificación de Acreditación de CLIA o Certificado de Cumplimiento de CLIA)
- Proveedores de servicios para enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) (centros de diálisis) (Certificación de los CMS o de la Comisión Nacional de Acreditación de Diálisis)
- Proveedores de radiografía portátil (Certificación de los CMS)
- Terapia de infusión en el hogar cuando esté asociada con otra HDO acreditada actualmente (Certificación de los CMS)
- Hospicio (Certificación de los CMS)
- Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC) (Certificación de los CMS)
- Clínicas de salud rurales (Certificación de los CMS)

Comité de Credenciales

La decisión de aceptar, retener, denegar o cesar a un profesional o la participación de la HDO en una o más de las redes o programas del plan de Simply es realizada por un ente de revisión de colegas, conocido como el Comité de Credenciales de Simply (el "CC").

El CC se reunirá por lo menos una vez cada 45 días calendario. La presencia de una mayoría de los miembros con derecho a voto del CC constituye el quórum. El director médico, o un designado nombrado en consulta con el Vicepresidente de Política Médica y de Acreditación, designará a un presidente del CC, al igual que un vicepresidente en estados o regiones donde existan contratos tanto Comerciales como de Medicaid. En estados o regiones donde esté representado Medicare Advantage (MA), se podría nombrar un segundo vicepresidente que represente a MA. En estados o regiones donde esté representada una organización de proveedores afiliada a Simply, se podría nombrar un segundo vicepresidente que represente a esa organización. El presidente debe ser un director médico líder estatal o regional, o un designado del director médico de Simply y el vicepresidente debe ser un funcionario médico líder o un designado del director médico de Simply, para esa línea de negocios no representada por el presidente. En estados o regiones donde está representada solo una línea de negocios, el presidente del CC designará a un vicepresidente para esa línea de negocios representada también por el presidente. El CC incluirá por lo menos cinco, pero no más de 10 médicos externos que representen múltiples especialidades médicas (en general, las siguientes especialidades o tipos de consultorios deben estar representados: pediatría, obstetricia/ginecología, medicina de adultos (medicina familiar o medicina interna); cirugía; salud conductual, con la opción de usar otras especialidades cuando se necesiten según lo determine el presidente/vicepresidente. La membresía del CC también podría incluir uno a dos otros tipos de proveedores de salud acreditados (por ejemplo: enfermero especializado, quiropráctico, trabajador social, podólogo) para satisfacer las prioridades de la región geográfica según la discreción del presidente/vicepresidente. Por lo menos dos de los miembros del comité de médicos deben estar acreditados para cada línea de negocios (por ejemplo: Comercial, Medicare y Medicaid) ofrecida dentro del alcance geográfico del CC. El presidente/vicepresidente actuará como miembro con derecho a voto y brindará respaldo al proceso de acreditación/reacreditación según se necesite.

El CC accederá a varios especialistas para consulta, según se necesite para completar la revisión de las credenciales de un profesional. Un miembro del comité divulgará y se abstendrá de votar sobre un profesional si el miembro (i) cree que existe un conflicto de interés, tal como competencia económica directa con el profesional; o (ii) siente que su juicio pudiese estar comprometido de otra forma. Un miembro del comité también divulgará si ha estado involucrado profesionalmente con el profesional. Las determinaciones de rechazar la participación de un solicitante o cesar la participación de un profesional en una o más redes o programas del plan, requieren un voto mayoritario de los miembros con derecho a voto del CC que asistan, la mayoría de los cuales son profesionales de la red.

Durante el proceso de acreditación, toda la información que se obtenga es confidencial y no está sujeta a revisión de terceros, excepto hasta el grado permitido por la ley. El acceso a la información estará restringido a aquellas personas que se considere necesario para lograr los objetivos del Programa de Acreditación. Específicamente, la información suministrada por el profesional o HDO en la solicitud, al igual que otra información no disponible públicamente, será tratada como confidencial. Los registros escritos confidenciales con respecto a deficiencias encontradas, las medidas tomadas y el seguimiento recomendado serán guardados de manera segura. Los mecanismos de seguridad incluyen oficinas aseguradas y gabinetes de archivos cerrados con llave, una infraestructura de computadoras protegida con controles de contraseña y monitoreo sistemático, y programas de capacitación sobre ética y cumplimiento para el personal. Los procedimientos y las minutas del CC estarán abiertos para revisión por parte de las agencias regulatorias estatales y federales hasta el grado permitido por la ley.

A los profesionales y HDO se les notifica su derecho a revisar la información presentada para apoyar sus solicitudes de acreditación. En caso de que no se pueda verificar la información de acreditación, o si existe una discrepancia en la información de acreditación obtenida, el personal de acreditación de Simply (“Departamento de Acreditación”) contactará al profesional o HDO dentro de 30 días calendario de la identificación del problema. Esta comunicación notificará al profesional o HDO de su derecho a corregir información errónea o proporcionar detalles adicionales con respecto al problema e incluirá el proceso para la presentación de esta información adicional. Dependiendo de la naturaleza del problema, esta comunicación podría darse oralmente o por escrito. Si la comunicación es oral, la confirmación por escrito se enviará en una fecha posterior. Toda la comunicación sobre el problema, incluyendo copias de la correspondencia o un registro detallado de llamadas telefónicas, será documentado en el archivo de credenciales del profesional o HDO. Al profesional o HDO se le dará no menos de 14 días calendario para proporcionar información adicional. A petición, al profesional o HDO se le proporcionará el estatus de su solicitud de acreditación o reacreditación.

Simply podría solicitar y aceptará información adicional del solicitantes para corregir o explicar información de acreditación incompleta, imprecisa o conflictiva. El CC revisará la información y el razonamiento presentado por el solicitante para determinar si ha ocurrido una omisión material o si no se han satisfecho otros criterios de acreditación.

Política de no discriminación

Simply no discriminará contra ningún solicitante para participación en los programas de su Plan o Redes de proveedores sobre la base de raza, género, color, credo, religión, nacionalidad, ascendencia, orientación sexual, edad, estado de veterano o civil o cualquier base ilegal no mencionada específicamente en este documento. Adicionalmente, Simply no discriminará contra ningún solicitante sobre la base del riesgo de la población que atiende o contra aquellos que se especialicen en el tratamiento de condiciones costosas. Aparte del género y las capacidades de idioma que se proporcionan a los miembros para satisfacer sus necesidades y preferencias, esta información no se requiere en el proceso de acreditación y reacreditación. Las determinaciones con respecto a cuáles profesionales y proveedores requieren revisión individual adicional por parte del CC se toman de acuerdo con criterios predeterminados relacionados con conducta y competencia profesional. Las decisiones del CC se basan en asuntos de conducta y competencia profesional según lo reportado y verificado a través del proceso de acreditación. Simply auditará los archivos de acreditación anualmente para identificar prácticas discriminatorias, de haber alguna, en la selección de profesionales. En caso de que se identifiquen prácticas discriminatorias a través de una auditoría u otro medio, Simply tomará la medida apropiada para rastrear y eliminar esas prácticas.

Acreditación inicial

Cada profesional o HDO debe completar un formulario de solicitud estándar que Simply considere aceptable al solicitar la participación inicial en uno más de las redes o programas del plan de Simply. Para los profesionales, se usa el sistema ProView del Consejo para el Cuidado de la Salud de Bajo Precio y de Calidad (CAQH). Para conocer más sobre el CAQH, visite su sitio web en www.CAQH.org.

Simply verificará aquellos elementos relacionados con la autoridad legal del solicitante para practicar, la capacitación relevante, la experiencia y competencia de la fuente primaria, según corresponda, durante el proceso de acreditación. Todas las verificaciones deben ser actuales y verificadas dentro del periodo de 180 días calendario antes de que el CC haga su recomendación de acreditación o según los estándares de acreditación aplicables requieran lo contrario.

Durante del proceso de acreditación, Simply revisará, entre otras cosas, la verificación de los datos de acreditación según lo descrito en las siguientes tablas a menos que los entes regulatorios o de acreditación requieran lo contrario. Estas tablas representan requisitos mínimos.

A. Profesionales

Elemento de verificación
Licencia para practicar en los estados en los cuales el profesional estará atendiendo miembros
Privilegios de admisión a hospital en un hospital acreditado por TJC, NIAHO, CIHQ o HFAP, o un hospital de la red previamente aprobado por el comité.
Registros de la DEA/CDS y abuso de sustancias controladas por el estado <ul style="list-style-type: none">El registro de la DEA/CDS debe ser válido en los estados en los cuales el profesional estará atendiendo miembros. Los profesionales que atienden miembros en más de un estado deben tener un registro de la DEA/CDS para cada estado.
Seguro de mala praxis
Historial de reclamaciones de mala praxis
Certificación de la junta o nivel más alto de capacitación o educación médica
Historial de trabajo
Sanciones o limitaciones de licencia estatales o federales
Sanciones de Medicare, Medicaid o FEHBP
Reporte del banco de datos nacional de profesionales
Listado de exclusión de Medicaid del estado, si aplica

B. HDO

Elemento de verificación
Acreditación, si aplica
Licencia para practicar, si aplica
Seguro de mala praxis
Certificación de Medicare, si aplica
Certificación del Departamento de Resultados de la Encuesta de Salud o una organización de acreditación reconocida
Sanciones o limitaciones de licencia, si aplica
Sanciones de Medicare, Medicaid o FEHBP

Reacreditación

El proceso de reacreditación incorpora la re-verificación y la identificación de cambios en la licencia, las sanciones, la certificación, el estado de salud y/o información de desempeño del profesional o la HDO (incluyendo, entre otras, experiencia en mala praxis, privilegio en hospital u otras acciones) que pueden reflejarse en la conducta profesional y competencia del profesional o la HDO. Se revisa esta información para poder evaluar si los profesionales o las HDO continúan satisfaciendo los estándares de acreditación de Simply (“Estándares de acreditación”).

Se requiere que todos los profesionales y las HDO aplicables en la red dentro del alcance del Programa de Acreditación sean reacreditados cada tres años, a menos que sea requerido de otra manera por contrato estatal o regulaciones estatales aplicables.

Organizaciones de prestación de salud

Las nuevas HDO solicitantes enviarán a Simply una solicitud estandarizada para revisión. Si el candidato cumple con los criterios de revisión de Simply, se iniciará el proceso de acreditación. Para evaluar si las HDO de la red, dentro del alcance del Programa de Acreditación, cumplen con los estándares apropiados de conducta profesional y competencia, son sujetas a programas de acreditación y reacreditación. Además del licenciamiento y otros criterios de elegibilidad para las HDO, según se describe en detalle a continuación, en la sección de “Estándares del Programa de Acreditación de Simply”, se requiere que todas las HDO de la red mantengan acreditación de un ente de acreditación apropiado y reconocido o, en ausencia de dicha acreditación, Simply podría evaluar la encuesta de sitio más reciente de Medicare, la agencia estatal de supervisión apropiada, o una encuesta de sitio realizada por una entidad externa independiente designada dentro de los últimos 36 meses para esa HDO.

Monitoreo continuo de sanciones

Para apoyar determinados estándares de acreditación entre los ciclos de reacreditación, Simply ha establecido un programa de monitoreo continuo. El Departamento de Acreditación realiza monitoreo continuo para ayudar a garantizar el cumplimiento continuo con los estándares de acreditación y evaluar las ocurrencias que podrían reflejar problemas de conducta profesional y competencia subestándares. Para lograrlo, el Departamento de Acreditación revisará listados/reportes periódicos dentro de 30 días calendario del momento en que estuvieron disponibles de las diversas fuentes incluyendo, entre otras, las siguientes:

- Oficina del Inspector General (“OIG”)
- Reportes federales de Medicare/Medicaid
- Oficina de Administración de Personal (“OPM”)
- Juntas/agencias estatales de licencias
- Departamentos de servicios para miembros/clientes
- Departamento de Administración de la Calidad Clínica (incluyendo datos con respecto a quejas de naturaleza clínica y no clínica, reportes de eventos y resultados clínicos adversos y datos de satisfacción, según estén disponibles)
- Otros departamentos internos de Simply
- Cualquier otra información recibida de fuentes consideradas como confiables por Simply.

Cuando un profesional o una HDO dentro del alcance de acreditación haya sido identificado por esas fuentes, se usarán criterios para evaluar la respuesta apropiada.

Proceso de apelaciones

Simply ha establecido políticas para monitorear y reacreditar a los profesionales y las HDO que buscan su participación continua en una o más de las redes o programas del plan de Simply. La información revisada durante esta actividad podría indicar que ya no se están siguiendo los estándares de conducta profesional y competencia, y Simply tal vez desee cesar a los profesionales o las HDO. Simply también busca tratar a los profesionales y las HDO de la red, al igual que a aquellos que solicitan su participación, de manera imparcial y por lo tanto les proporciona a los profesionales y las HDO un proceso para apelar determinaciones que cesen/rechacen la participación en las redes de Simply por motivos de conducta profesional y competencia, o que de otra manera resultarían en un reporte al Banco de datos nacional de profesionales (NPDB).

Adicionalmente, Simply les permitirá a los profesionales y las HDO, a los que se les haya rechazado la participación inicial, la oportunidad de corregir cualquier error u omisión que pueda haber llevado a dicho rechazo (informal/solo reconsideración). Es la intención de Simply darle a los profesionales y las HDO la oportunidad de objetar un cese de la participación del profesional o la HDO en una o más de las redes o programas del plan de Simply y aquellos rechazos de solicitud de participación inicial que se reportan a la NPDB que se basaron en consideraciones de conducta profesional y competencia.

Se podrían imponer ceses inmediatos debido a la suspensión, condicionalidad o revocación de la licencia del profesional o la HDO, si un profesional o una HDO ha sido sancionado, vetado o excluido de los programas Medicare, Medicaid o FEHB, tiene una condena penal, la determinación de Simply de que la participación continua del profesional o la HDO plantea un riesgo inminente de daño a los miembros. Los profesionales y las HDO participantes cuya participación en la red haya sido cesada debido a la suspensión o falta de licencia del profesional o debido a condena penal no son elegibles para revisión informal/reconsideración o apelación formal. Los profesionales y las HDO participantes cuya participación en la red haya sido cesada debido a sanción, veto o exclusión de Medicare, Medicaid o FEHB no son elegibles para revisión informal/reconsideración o apelación formal.

Requisitos de reportes

Cuando Simply tome una medida de revisión profesional con respecto a la participación del profesional o la HDO en una o más de sus redes o programas del plan, Simply podría tener la obligación de reportarla a la NPDB, la junta de licencias del estado y a las agencias legalmente designadas. En caso de que los procedimientos establecidos para reportar acciones adversas reportables estén en conflicto con el proceso establecido en el Manual de NPDB actual, regirá el proceso establecido en el Manual de NPDB.

Estándares del Programa de Acreditación de Simply

Criterios de elegibilidad

A. Profesionales de cuidado médico:

Los solicitantes iniciales deben cumplir con los siguientes criterios con el fin de ser considerados para participación:

1. No deben estar actualmente sancionados, vetados o excluidos federalmente de la participación en cualquiera de los siguientes programas: Medicare, Medicaid o FEHBP;
2. Poseer una licencia actual, válida, sin gravámenes, sin restricciones y sin condicionalidad en los estados en los que presta servicios a los miembros;
3. Poseer un registro actual, válido y sin restricciones de la Agencia de Control de Drogas (DEA) y/o Sustancias Peligrosas Controladas (CDS) para recetar sustancias controladas, si aplica para la especialidad en la cual tratará miembros. El registro de la DEA/CDS debe ser válido en los estados en los cuales el profesional estará atendiendo miembros. Los profesionales que atienden miembros en más de un estado deben tener un registro de la DEA/CDS para cada estado; y
4. Satisfacer los criterios de educación, capacitación y certificación según Simply lo requiera.

Los solicitantes iniciales deben cumplir con los siguientes criterios con el fin de ser considerados para participación, con excepciones revisadas y aprobadas por el CC:

1. Para los MD, DO, DPM y DMD/DDS que practican cirugía oral y maxilofacial, el solicitante debe tener una certificación de la junta actual y vigente (según lo definido por la Junta Estadounidense de Especialidades Médicas (ABMS), la Asociación Osteopática Estadounidense (AOA), el Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá (RCPSC), el Colegio de Médicos de Familia de Canadá (CFPC), la Junta Estadounidense de Cirugía del Pie y el Tobillo (ABFAS), la Junta Estadounidense de Medicina Podológica ("ABPM") o la Junta Estadounidense de Cirugía Oral y Maxilofacial (ABOMS) en la disciplina clínica para la cual están haciendo la solicitud.
2. Si no están certificados, a los MD y DO se les otorgarán cinco años o un periodo de tiempo consistente con los límites de tiempo de elegibilidad de la junta de la ABMS o la AOA, la que sea mayor, después de la finalización de su residencia o programa de capacitación de internado para cumplir con el requisito de certificación de la junta.
3. Si no están certificados, a los DPM se les otorgarán cinco años después de la finalización de su residencia para cumplir con este requisito de la ABPM. A los DPM no certificados se les otorgarán siete años después de la finalización de su residencia para cumplir con este requisito de la ABFAS.
4. Las personas que ya no son elegibles para certificación de la junta no son elegibles para excepción continua de este requisito.
 - a. Como alternativas, los MD y DO que cumplen con cualquiera de los siguientes criterios serán vistos como que cumplen con el requisito de educación, capacitación y certificación:
 - i. Certificación anterior de la junta (según definida por una) de las siguientes: ABMS, AOA, RCPSC, CFPC, ABFAS, ABPM o ABOMS en la especialidad o subespecialidad clínica para la cual están haciendo la solicitud, la cual se haya vencido ahora y un mínimo de 10 años continuos de práctica clínica;
 - ii. Capacitación que cumpla con los requisitos en vigencia al momento en que fue completada en un campo de especialidad antes de la disponibilidad de las certificaciones de la junta en esa especialidad o subespecialidad clínica; o
 - iii. Experiencia práctica especializada según lo evidenciado por la publicación en literatura de revisión de colegas de aceptación nacional y/o reconocido como líder en la ciencia de su especialidad y una designación en el cuerpo docente de profesor asistente o más alto en un centro médico académico y centro de enseñanza en la red de Simply y las actividades profesionales del solicitante se realizan en esa institución por lo menos el cincuenta por ciento (50%) del tiempo.
 - b. Los profesionales que cumplen con uno de estos tres criterios alternativos (i., ii., iii.) serán vistos como que cumplen con los criterios de educación, capacitación y certificación de Simply y no se les requerirá someterse a revisión adicional o presentación individual ante el CC. Estas alternativas están sujetas a la revisión y aprobación de Simply. Los reportes presentados a Simply deben contener documentación suficiente para apoyar las alternativas anteriores, según Simply lo determine.
5. Para los MD y DO, el solicitante debe tener privilegios de hospital sin restricciones en un hospital acreditado por La Comisión Conjunta (TJC), Acreditación Nacional Integrada para Organizaciones de Cuidado Médico (NIAHO), Centro para la Mejora en la Calidad del Cuidado Médico (CIHQ), un Programa de Acreditación de Centros de Cuidado Médico (HFAP) o un hospital de la red aprobado previamente por el comité. Algunas disciplinas clínicas podrían funcionar exclusivamente en el entorno ambulatorio y el CC podría a discreción considerar que los privilegios de hospital no son relevantes para esas especialidades. Además, la organización de un creciente número de entornos de práctica médica en

campos selectos es tal que los médicos individuales podrían practicar exclusivamente en un entorno para paciente hospitalizado o paciente ambulatorio. El CC evaluará las solicitudes de profesionales en dichas prácticas independientemente de los privilegios de hospital. La expectativa de estos médicos sería que hay un acuerdo de referencia apropiado con un profesional de la red para brindar cuidado de pacientes hospitalizados.

6. Para los Consejeros Genéticos, el solicitante debe estar certificado por el estado para practicar independientemente. Si el estado donde el solicitante practica no da licencias para Consejeros Genéticos, el solicitante debe estar certificado por la Junta Estadounidense de Consejería Genética o la Junta Estadounidense de Genética y Genómica.

Criterios para seleccionar profesionales

Nuevos solicitantes (Acreditación):

1. Presentación de una solicitud completa y los archivos adjuntos requeridos que no deben tener tergiversaciones u omisiones intencionales.
2. Testimonio de la solicitud firmado con la fecha dentro de 180 días calendario de la fecha de presentación al CC para un voto.
3. Verificaciones de fuente primaria dentro de los marcos de tiempo aceptables de la fecha de presentación al CC para un voto, según las agencias de acreditación lo consideren apropiado.
4. Ninguna evidencia de omisiones materiales en la solicitud.
5. Licencia actual, válida y sin restricciones para practicar en cada estado en el cual el profesional proporcionaría cuidado a los miembros.
6. Ninguna medida actual sobre la licencia.
7. Ningún historial de medida de la junta sobre la licencia en cualquier estado.
8. Ninguna sanción federal actual y ningún historial de sanciones federales (según el Sistema de Administración de Concesión (SAM), reporte de OIG y OPM ni reporte de NPDB).
9. Poseer un registro actual, válido y sin restricciones de la DEA/CDS para recetar sustancias controladas, si aplica para la especialidad en la cual tratará miembros. El registro de la DEA/CDS debe ser válido en los estados en los cuales el profesional estará atendiendo miembros. Los profesionales que tratan miembros en más de un estado deben tener un registro válido de la DEA/CDS para cada estado aplicable.
10. Los solicitantes iniciales que no tienen registro de la DEA/CDS serán vistos como que no cumplen con los criterios y el proceso de acreditación no seguirá. Sin embargo, si el solicitante puede proporcionar evidencia de que ha solicitado un registro de la DEA/CDS, el proceso de acreditación podría continuar si se cumple todo lo siguiente:
 - a. Se puede verificar que esta solicitud esté pendiente.
 - b. El solicitante ha hecho un acuerdo para que un profesional alterno recete sustancias controladas hasta que se obtenga el registro adicional de la DEA/CDS. Si el proveedor alterno es un consultorio en lugar de una persona, el expediente podría incluir el nombre del consultorio. No se requiere que la Compañía haga un arreglo para un profesional que receta alterno;
 - c. El solicitante acepta notificar a Simply cuando reciba el registro requerido de la DEA/CDS.
 - d. Simply verificará el registro apropiado de la DEA/CDS mediante fuentes estándares.
 - i. El solicitante acepta que si no proporciona el registro apropiado de la DEA/CDS dentro de un marco de tiempo de 90 días calendario se producirá el cese de la red.

Los solicitantes iniciales que posean un certificado de la DEA en un estado distinto al estado en el cual estarán atendiendo miembros de Simply serán notificados de la necesidad de obtener el certificado adicional de la DEA, a menos que el profesional esté brindando servicios solo en un entorno de telemedicina y no requiere un registro de la DEA o CDS en los lugares adicionales donde se podrían brindar dichos servicios de telemedicina según la ley federal o estatal. Si el solicitante ha solicitado un registro adicional de la DEA, el proceso de acreditación podría seguir si se cumplen todos los criterios siguientes.

- a. Se puede verificar que la solicitud esté pendiente; y
- b. El solicitante ha hecho un acuerdo para que un proveedor alterno recete sustancias controladas hasta que se obtenga el registro adicional de la DEA; y
- c. El solicitante acepta notificar a Simply cuando reciba el registro requerido de la DEA; y
- d. Simply verificará el registro apropiado de la DEA/CDS mediante fuentes estándares; y
- e. El solicitante acepta que si no proporciona el registro apropiado de la DEA dentro de un marco de tiempo de 90 días se producirá el cese de la red.

Profesionales que eligen voluntariamente no tener un registro de la DEA/CDS, si ese profesional certifica lo siguiente:

- a. no se recetan sustancias controladas dentro del alcance de su práctica; o a su juicio profesional, los pacientes que reciben su cuidado no requieren sustancias controladas y
 - b. él o ella debe proporcionar documentación de que existe un acuerdo para que un proveedor externo recete sustancias controladas si es clínicamente apropiado. Si el proveedor alterno es un consultorio en lugar de una persona, el expediente podría incluir el nombre del consultorio. No se requiere que la Compañía haga un arreglo para un profesional que receta alterno; y
 - c. el registro de la DEA/CDS está o no estaba suspendido, revocado, renunciado o gravado por motivos distintos a los mencionados anteriormente.
11. No hay restricciones actuales de membresía o privilegios de hospital y no hay historial de restricciones de membresía o privilegios de hospital; o para Profesionales en especialidades definidas como que requieren privilegios de hospital que ejercen únicamente en el entorno ambulatorio, existe un acuerdo de referencia definido con un Profesional de una especialidad similar en un hospital participante que proporciona cuidado de pacientes hospitalizados a miembros que requieren hospitalización.
 12. No hay historial de o uso actual de drogas ilegales o historial de o trastorno por el uso de sustancias actualmente.
 13. No hay deterioro u otra condición la cual impactaría negativamente la capacidad para realizar las funciones esenciales en su campo profesional.
 14. No hay un intervalo en el historial laboral mayor de seis meses en los últimos cinco años; sin embargo, los intervalos de hasta 12 meses relacionados con licencia parental o inmigración serán aceptables y serán vistos como de Nivel I. Todos los intervalos en el historial laboral que excedan los seis meses requerirán información y revisión adicional por parte del Departamento de Acreditación. Se aceptará una explicación verbal para intervalos de seis a 12 meses. Los intervalos que superen los 12 meses requerirán explicaciones por escrito. Todos los intervalos en el historial laboral que superen los seis meses se podrían presentar al CC geográfico si el intervalo plantea inquietudes de futura conducta profesional y competencia subestándares.
 15. No hay condenas, o alegatos de culpabilidad o no disputa, o acusaciones abiertas de, un delito grave o cualquier ofensa que involucre infamia moral o fraude. Además, no hay otro historial delictivo o de litigios civiles que junto con cualquier otro hecho relevante, plantee una sospecha razonable de futura conducta profesional y/o competencia subestándares.
 16. Se revisa un mínimo de 10 años pasados de historial de reclamaciones de mala praxis.

17. Satisface los estándares de acreditación para educación/capacitación para las especialidades en las cuales el profesional quiere estar listado en el directorio de la red de Simply según de designe en la solicitud. Esto incluye requisitos de certificación de la junta o criterios alternativos para los MD y DO y criterios de certificación de la junta para los DPM, y cirujanos orales y maxilofaciales;
18. No hay ceses involuntarios de una HMO o PPO.
19. No hay respuestas de “sí” a preguntas de testificación/divulgación en el formulario de solicitud con excepción de lo siguiente:
 - a. Inversión o interés comercial en servicios auxiliares, equipo o suministros,
 - b. Renuncia voluntaria de un hospital u organización relacionada con reubicación de consultorio o utilización de un centro;
 - c. Entrega voluntaria de licencia estatal relacionada con reubicación o falta de uso de dicha licencia;
 - d. Un reporte de NPDB de un arreglo por mala praxis o cualquier reporte de un arreglo por mala praxis que no satisface los criterios de umbral
 - e. No renovación de cobertura para mala praxis o cambio en la compañía de seguros para mala praxis relacionada con cambios en las prácticas comerciales de la compañía de seguros (ya no ofrece cobertura en un estado o ya no está en operación);
 - f. Falla previa de un examen de certificación por parte de un profesional que está certificado actualmente por la junta o que permanece en la ventana de capacitación de cinco años posterior a la residencia.
 - g. Acciones tomadas por un hospital contra los privilegios de un profesional relacionadas únicamente con la falla en completar registros médicos de manera oportuna;
 - h. Historial de una investigación de una junta de licencias, hospital u otra entidad profesional que fue cerrada sin ninguna acción o sanción.

Nota: el CC revisará individualmente a cualquier profesional que no cumpla con uno o más de los criterios requeridos para los solicitantes iniciales.

Criterios de participación y excepciones para acreditación no médica

Los siguientes criterios de participación y excepciones son para profesionales no médicos. No son requisitos adicionales o más estrictos, sino en cambio los criterios y excepciones que aplican para estos tipos específicos de proveedores para permitir una revisión de la educación y capacitación.

1. Trabajadores sociales clínicos certificados (LCSW) u otro tipo de licencia de trabajo social a nivel de maestría:
 - a. Título de maestría o doctorado en trabajo social.
 - b. Si el título a nivel de maestría no cumple con los criterios y el profesional obtuvo un título de PhD como psicólogo clínico, pero no está certificado como tal, el profesional puede ser revisado. Además, un doctor de trabajo social será visto como aceptable.
 - c. Concesión de licencia para ejercer independientemente.
2. Consejero profesional certificado (“LPC”), terapeuta de matrimonio y familia (“MFT”), consejero de salud mental certificado (LMHC) u otro tipo de licencia a nivel de maestría:
 - a. Título de maestría o doctorado en consejería, terapia marital y familiar, psicología, psicología de consejería, consejería con énfasis en consejería de matrimonio, familia y niños o un campo mental aliado. Los títulos de maestría o doctorado en educación son aceptables con uno de los campos de estudio anteriores.
 - b. Los títulos de maestría o doctorado en divinidad, maestría en consejería bíblica u otro campo de estudio principalmente teológico no cumplen con los criterios como campo de estudio relacionado.
 - c. Los profesionales con capacitación de PhD como psicólogo clínico pueden ser revisados.

- d. Los profesionales con un título doctoral en uno de los campos de estudio serán revisados como aceptables.
 - e. Concesión de licencia para ejercer independientemente o en estados sin concesión de licencias o certificación:
 - i. Terapeutas de matrimonio y familia con un título de maestría o superior:
 - a. Certificado como miembro clínico completo de la Asociación Estadounidense de Terapia Matrimonial y Familiar (AAMFT), O prueba de elegibilidad de membresía clínica completa en la AAMFT (requiere documentación de la AAMFT).
 - ii. Consejeros de salud mental con un título de maestría o superior:
 - a. El proveedor solicitante debe ser un Consejero certificado en salud mental clínica (CCMHC) según la determinación de la Academia Clínica de la Junta Nacional de Consejeros Certificados (NBCC) (se requiere prueba de certificación de la NBCC) o cumple con todos los requisitos para convertirse en un CCMHC (se requiere documentación de elegibilidad de la NBCC).
3. Consejeros pastorales:
- a. Título de maestría o doctorado en una disciplina de salud mental.
 - b. Certificado como otro tipo de proveedor de salud conductual reconocido (por ejemplo: MD/DO, PsyD, SW, RNCS, ARNP y MFT O LPC) al nivel más alto de práctica independiente en el estado donde ocurrirá la práctica O debe tener licencia o estar certificado como consejero pastoral en el estado donde va a darse la práctica.
 - c. Un miembro asociado o diplomado de la Asociación para la Educación Pastoral Clínica (ACPE) O cumple con todos los requisitos para convertirse en miembro asociado o diplomado de la ACPE [se requiere documentación de elegibilidad de la ACPE].
4. Especialista en enfermería clínica/enfermero especializado en salud psiquiátrica y mental:
- a. Título de maestría en enfermería con especialización en enfermería de salud psiquiátrica y mental para adultos o niños/adolescentes.
 - b. Licencia de enfermero registrado y cualquier concesión de licencia adicional como enfermero de práctica avanzada/especialista en enfermería certificado/enfermero psiquiátrico para adultos u otra licencia o certificación según lo dictado por la Junta de Enfermeros Registrados de los estados apropiados, si aplica.
 - c. Certificación del Centro Estadounidense de Acreditación de Enfermeros (ANCC), una subsidiaria de la Asociación Estadounidense de Enfermeros (ANA) en enfermería psiquiátrica o la Junta de Certificación de Enfermeros Pediátricos. Esto podría ser cualquiera de los tipos siguientes: Especialista en enfermería clínica en enfermería psiquiátrica para niños o adultos, enfermero especializado en salud psiquiátrica y mental o enfermero especializado en salud familiar psiquiátrica y mental; y
 - d. Registro válido, actual y sin restricciones de la DEA/CDS, según corresponda con supervisión/ consulta apropiada por parte de un profesional de la red según aplique por la junta de licencias del estado. Para los que posean un registro de la DEA, se requiere el registro apropiado de CDS. El registro de la DEA/CDS debe ser válido en los estados en los cuales el profesional estará atendiendo miembros.
5. Psicólogos clínicos:
- a. Licencia estatal de psicólogo clínico válida.
 - b. Título doctoral en psicología clínica o de consejería u otro campo de estudio aplicable.
 - c. A los terapeutas a nivel de maestría con buenas calificaciones en la red, que mejoren su licencia a psicólogo clínico producto de mayor capacitación, se les permitirá seguir dentro de la red y no estarán sujetos a los criterios de educación anteriores.

6. Neuropsicólogo clínico:
 - a. Debe cumplir con todos los criterios para un psicólogo clínico listado en la Sección 4 anterior y debe estar certificado por la Junta por ya sea la Junta Estadounidense de Neuropsicología Profesional (ABPN) o la Junta Estadounidense de Neuropsicología Clínica (ABCN);
 - b. Un profesional acreditado por el Registro Nacional de Proveedores de Servicios de Salud (Registro Nacional) en psicología con un área de experticia en neuropsicología podría ser considerado; y
 - c. Los neuropsicólogos clínicos que no estén certificados por la junta, ni listados en el Registro Nacional, requerirán revisión del CC. Estos profesionales deben tener capacitación y/o experiencia apropiada en neuropsicología según lo evidenciado por uno o más de los siguientes:
 - i. Transcripción de capacitación pre-doctoral aplicable;
 - ii. Documentación de capacitación formal pos-doctoral de un año aplicable (la participación en capacitación de CEU no se consideraría adecuada);
 - iii. Cartas de supervisores en neuropsicología clínica (incluyendo número de horas por semana); o
 - iv. Mínimo de cinco años de experiencia ejerciendo la neuropsicología al menos diez horas por semana.

7. Psicoanalistas certificados:
 - a. Solo aplica a profesionales en estados que conceden licencia a los psicoanalistas.
 - b. Los profesionales deben estar acreditados como psicoanalista certificado si no están acreditados de otra manera como un tipo de profesional detallado en la Política de Acreditación de Simply (por ejemplo: psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social clínico certificado).
 - c. El profesional debe tener una licencia estatal en psicoanálisis válida.
 - (a) Cumple con el requisito mínimo de experiencia supervisada para concesión de licencia como psicoanalista según la determinación del estado que concede la licencia.
 - (b) Cumple con los requisitos de examinación para concesión de licencia según la determinación del estado que concede la licencia.

8. Proceso, requisitos y verificación – enfermeros especializados:
 - a. El solicitante de enfermero especializado (NP) enviará la solicitud apropiada y los documentos de apoyo según lo requerido de cualquier otro profesional con la excepción de información discordante con respecto a educación/capacitación y certificación de la junta.
 - b. La educación/capacitación será, como mínimo, la finalización de un programa de educación que lleve a la concesión de licencia como enfermero registrado y educación adicional subsiguiente que lleve a concesión de licencia como NP. La verificación de esto ocurrirá ya sea mediante verificación del estado de concesión de licencia de la agencia estatal de concesión de licencia siempre y cuando esa agencia verifique la educación o de la junta de certificación, si esa junta proporciona documentación de que realiza verificación primaria de la educación y capacitación profesional. Si la agencia de concesión de licencia o junta de certificación no verifica el más alto nivel de educación, la educación será la fuente primaria verificada de acuerdo con la política.
 - c. El estado de concesión de licencia será de NP según la verificación mediante la fuente primaria de la agencia estatal de concesión de licencia apropiada. Adicionalmente, esta licencia debe estar activa, sin gravámenes, sin restricciones y no sujeta a condicionalidad, términos o condiciones. A cualquier solicitante cuyo estado de concesión de licencia no cumpla con estos criterios, o que tenga en vigencia acciones adversas con respecto a Medicare o Medicaid se le notificará de esto y el solicitante será rechazado administrativamente.
 - d. Si el NP tiene autoridad prescriptiva, la cual permite la receta de medicamentos especializados, se solicitará su información de la autoridad prescriptiva de la DEA y/o certificado estatal y la fuente primaria será verificada mediante procedimientos normales de Simply. Si hay en vigencia acciones adversas contra la DEA, al solicitante se le notificará de esto y el solicitante será rechazado administrativamente.

- e. Todos los solicitantes de NP serán certificados en el área que refleje el alcance de su práctica por cualquiera de los siguientes:
 - i. Programa de certificación del Centro Estadounidense de Acreditación de Enfermería, una subsidiaria de la Asociación Estadounidense de Enfermería.
 - ii. Academia Estadounidense de Enfermeros Especializados – Programa de Certificación;
 - iii. Corporación Nacional de Certificación;
 - iv. Enfermero Profesional Pediátrico Certificado de la Junta de Certificación de Enfermería Pediátrica (PNCB) – (nota: CPN – un enfermero pediátrico certificado no es un enfermero especializado).
 - v. Corporación de Certificación de Enfermería Oncológica (ONCC) – Enfermero Practicante Certificado en Oncología Avanzada (AOCNP®) – SOLAMENTE; o
 - vi. Certificación de Enfermero Especializado en Cuidado Agudo de la Asociación Estadounidense de Enfermeros de Cuidado Crítico (ACNPC); ACNPC-AG – Cuidado Agudo de Gerontología de Adultos. Esta certificación debe estar activa y la fuente primaria debe ser verificada.

Si las fuentes primarias de la junta estatal de concesión de licencias verifican esta certificación como requisito para la concesión de licencia, no se requiere verificación adicional de Simply. Si el solicitante no está certificado o su certificación ha vencido, la solicitud será enviada para revisión individual.

- f. Si el NP tiene privilegios de hospital, debe tener privilegios de hospital en un hospital acreditado por CIHQ, TJC, NIAHO o HFAP, o un hospital de la red previamente aprobado por el comité. Se obtendrá la información con respecto al historial de cualquier acción tomada contra cualquier privilegio de hospital mantenida por el enfermero especializado. Cualquier acción adversa contra cualquier privilegio de hospital activará una revisión de Nivel II.
 - g. El solicitante de NP se someterá al proceso de acreditación estándar detallado en las Políticas de Acreditación de Simply. Los NP están sujetos a todos los requisitos detallados en las Políticas de Acreditación incluyendo (entre otros): el requisito de revisión de Nivel II del Comité de los archivos por incumplimiento de los criterios predeterminados, reacreditación cada tres años y sanción continua y monitoreo de desempeño a la participación dentro de la red.
 - h. Al finalizar el proceso de acreditación, el NP podría ser listado en el directorio de proveedores de Simply. Al igual que con los proveedores, este listado reflejará con precisión su designación específica de concesión de licencia y estos proveedores estarán sujetos al proceso de auditoría.
 - i. Los NP estarán identificados claramente:
 - i. En el expediente de acreditación;
 - ii. En la presentación al CC; y
 - iii. Al notificar a servicios de la red y a la base de datos de proveedores.
9. Proceso, requisitos y verificaciones – enfermeras parteras certificadas:
- a. La solicitante de enfermera partera certificada (NP) enviará la solicitud apropiada y los documentos de apoyo según lo requerido de cualquier otro profesional con la excepción de información discordante con respecto a educación, capacitación y certificación de la junta.
 - b. La educación/capacitación será, como mínimo, la requerida para concesión de licencia de un enfermero registrado con capacitación adicional subsiguiente para concesión de licencia como enfermera partera certificada por el ente apropiado de concesión de licencia. La verificación de esta educación y capacitación ocurrirá ya sea mediante verificación de la fuente primaria de la licencia, siempre y cuando esa agencia estatal de concesión de licencia realice la verificación de la educación, o de la junta de certificación, si esa junta proporciona documentación de la educación y capacitación profesional. Si la agencia estatal de concesión de licencia o la junta de certificación no verifica la educación, la educación será la fuente primaria verificada de acuerdo con la política.

- c. El estado de la licencia debe ser el de CNM según lo verificado mediante la fuente primaria de la agencia estatal de concesión de licencia apropiada. Adicionalmente, esta licencia debe estar activa, sin gravámenes, sin restricciones y no sujeta a condicionalidad, términos o condiciones. A cualquier solicitante cuyo estado de concesión de licencia no cumpla con estos criterios, o que tenga en vigencia acciones adversas con respecto a Medicare o Medicaid se le notificará de esto y el solicitante será rechazado administrativamente.
- d. Si el CNM tiene autoridad prescriptiva, la cual permite la receta de medicamentos especializados, se solicitará su información de la autoridad prescriptiva de la DEA y/o certificado estatal y la fuente primaria será verificada mediante procedimientos normales de Simply. Si hay acciones adversas actuales contra la DEA, al solicitante se le notificará y el solicitante será rechazado administrativamente.
- e. Todos los solicitantes de CNM serán certificados por ya sea:
 - iv. La Corporación Nacional de Certificación para enfermería de obstetricia/ginecología y neonatal; o
 - v. La Junta Estadounidense de Certificación de Partería, conocida anteriormente como el Colegio Estadounidense de Enfermeras Parteras.

Esta certificación debe estar activa y la fuente primaria debe ser verificada. Si la fuentes primaria de la junta estatal de concesión de licencias verifica una de estas certificaciones como requisito para la concesión de licencia, no se requiere verificación adicional de Simply. Si el solicitante no está certificado o su certificación ha vencido, la solicitud será enviada para revisión individual del CC geográfico.

- f. Si el CNM tiene privilegios de hospital, debe tener privilegios de hospital sin restricción en un hospital acreditado por CIHQ, TJC, NIAHO o HFAP, o un hospital de la red previamente aprobado por el comité o en la ausencia de dichos privilegios, no debe presentar una sospecha razonable de conducta profesional o competencia subestándar. Se obtendrá la información con respecto al historial de cualquier acción tomada contra cualquier privilegio de hospital mantenida por el CNM. Cualquier historial de cualquier acción adversa tomada por cualquier hospital activará una revisión de Nivel II. En caso de que el CNM proporcione solo cuidado ambulatorio, debe estar en vigencia un acuerdo de admisión aceptable mediante el acuerdo colaborativo de práctica con un ginecólogo-obstetra participante.
- g. El solicitante de CNM se someterá al proceso de acreditación estándar detallado en las Políticas de Acreditación de Simply. Los CNM están sujetos a todos los requisitos de las Políticas de Acreditación incluyendo (entre otros): el requisito de revisión de Nivel II del CC de los solicitantes, reacreditación cada tres años y sanción continua y monitoreo de desempeño a la participación en la red.
- h. Al finalizar el proceso de acreditación, el CNM podría ser listado en el directorio de proveedores de Simply. Al igual que con los proveedores, este listado reflejará con precisión su designación específica de concesión de licencia y estos proveedores estarán sujetos al proceso de auditoría.
- i. Los CNM estarán identificados claramente:
 - i. En el expediente de acreditación;
 - ii. En la presentación al CC; y
 - iii. Al notificar a servicios de la red y a la base de datos de proveedores.

10. Proceso, requisitos y verificaciones – asistentes médicos (PA):
- a. El solicitante de PA enviará la solicitud apropiada y los documentos de apoyo según lo requerido de cualquier otro profesional con la excepción de información discordante con respecto a educación/ capacitación y certificación de la junta.
 - b. La educación/capacitación será, como mínimo, la finalización de un programa de educación que lleve a la concesión de licencia como PA. La verificación de esto ocurrirá mediante verificación del estado de concesión de licencia de la agencia estatal de concesión de licencia siempre y cuando esa agencia verifique la educación. Si la agencia de concesión de licencia no verifica la educación, la educación será la fuente primaria verificada de acuerdo con la política.
 - c. El estado de la licencia debe ser el de PA según lo verificado mediante la fuente primaria de la agencia estatal de concesión de licencia apropiada. Adicionalmente, esta licencia debe estar activa, sin gravámenes, sin restricciones y no sujeta a condicionalidad, términos o condiciones. A cualquier solicitante cuyo estado de concesión de licencia no cumpla con estos criterios, o que tenga en vigencia acciones adversas con respecto a Medicare o Medicaid se le notificará de esto y el solicitante será rechazado administrativamente.
 - d. Si el PA tiene autoridad prescriptiva, la cual permite la receta de medicamentos especializados, se solicitará su información de la autoridad prescriptiva de la DEA y/o certificado estatal y la fuente primaria será verificada mediante procedimientos normales de Simply. Si hay en vigencia acciones adversas contra la DEA, al solicitante se le notificará y el solicitante será rechazado administrativamente.
 - e. Todos los solicitantes de PA serán certificados por la Comisión Nacional sobre Certificación de Asistentes Médicos. Esta certificación debe estar activa y la fuente primaria debe ser verificada. Si las fuentes primarias de la junta estatal de concesión de licencias verifican esta certificación como requisito para la concesión de licencia, no se requiere verificación adicional de Simply. Si el solicitante no está certificado o su certificación ha vencido, la solicitud será clasificada como de Nivel II de acuerdo con la Política de Acreditación Núm. 8, según lo adoptado o enmendado por cada plan médico de Simply y enviada para revisión individual por parte del CC.
 - f. Si el PA tiene privilegios de hospital, debe tener privilegios de hospital en un hospital acreditado por CIHQ, TJC, NIAHO o HFAP, o un hospital de la red previamente aprobado por el comité. Se obtendrá la información con respecto al historial de cualquier acción tomada contra cualquier privilegio de hospital mantenida por el PA. Cualquier acción adversa contra cualquier privilegio de hospital activará una revisión de Nivel II.
 - g. El solicitante de PA se someterá al proceso de acreditación estándar detallado en las Políticas de Acreditación de Simply. Los PA están sujetos a todos los requisitos descritos en estas Políticas de Acreditación incluyendo (entre otros): la revisión de Nivel II del comité de los archivos por incumplimiento de los criterios predeterminados, reacreditación cada tres años y sanción continua y monitoreo de desempeño a la participación dentro de la red.
 - h. Al finalizar el proceso de acreditación, el PA podría ser listado en el directorio de proveedores de Simply. Al igual que con los proveedores, este listado reflejará con precisión su designación específica de concesión de licencia y estos proveedores estarán sujetos al proceso de auditoría.
 - i. Los PA estarán identificados claramente:
 - iv. En el expediente de acreditación;
 - v. En la presentación al CC; y
 - vi. Al notificar a servicios de la red y a la base de datos de proveedores.

Solicitantes que participan actualmente (Reacreditación)

1. Presentación de una solicitud completa de reacreditación y los archivos adjuntos requeridos que no deben tener tergiversaciones intencionales;
2. Solicitud de reacreditación con fecha de firma de 180 días calendario de la fecha de presentación al CC para un voto;
3. No deben estar actualmente sancionados, vetados o excluidos federalmente de la participación en cualquiera de los siguientes programas: Medicare, Medicaid o FEHBP. Si, una vez que el profesional participe en los programas o redes de proveedores de Simply, ocurre sanción, veto o exclusión federal de los programas Medicare, Medicaid o FEHBP, al momento de la identificación, el profesional quedará inmediatamente no elegible para participación en los programas gubernamentales o redes de proveedores aplicables, al igual que otras redes acreditadas de Simply.
4. Licencia actual, válida, sin restricciones, sin gravámenes, sin condicionalidad para practicar en cada estado en el cual el profesional proporciona cuidado a los miembros;
5. No hay historial nuevo de reprimenda de la junta desde la revisión de acreditación anterior;
6. *No hay sanción federal y no hay historial nuevo (desde la revisión de acreditación anterior) de sanciones federales (según Reportes de SAM, OIG y OPM o en reporte de NPDB);
7. Registro actual de la DEA/CDS y/o certificación estatal de sustancia controlada sin un nuevo historial (desde la revisión de acreditación anterior) de restricciones actuales;
8. No hay restricciones actuales de membresía o privilegios de hospital y no hay historial nuevo (desde la revisión de acreditación anterior) de restricciones de membresía o privilegios de hospital; o para profesionales en una especialidad definida como que requiere privilegios de hospital que ejercen únicamente en el entorno ambulatorio, existe una relación de referencia definida con un Profesional de la red de una especialidad similar en un HDO de la red que proporciona cuidado de pacientes hospitalizados a miembros que necesitan hospitalización;
9. No hay historial nuevo (desde la revisión de acreditación anterior) de uso actual de drogas ilegales o trastorno por el uso de sustancias;
10. No hay deterioro u otra condición la cual impactaría negativamente la capacidad para realizar las funciones esenciales en su campo profesional;
11. No hay historial nuevo (desde la revisión de acreditación anterior) de condenas penales/delictivas, incluyendo una declaración de no objeción;
12. Historial de caso de mala praxis revisado desde la última revisión del CC. Si no hay nuevos casos identificados desde la última revisión, el historial de mala praxis será revisado como que cumple con los criterios. Si hay presente un nuevo historial de mala praxis, entonces se evalúa un mínimo de cinco años anteriores de historial de mala praxis y se usan criterios consistentes con la acreditación inicial.
13. No hay nuevos ceses involuntarios nuevos (desde la revisión de acreditación anterior) de una HMO o PPO;
14. No hay nuevas respuestas de "Sí" (desde la revisión de acreditación anterior) en preguntas de testificación/divulgación con las siguientes excepciones:
 - a. Renuncia voluntaria de un hospital u organización relacionada con reubicación de consultorio o utilización de un centro;
 - b. Entrega voluntaria de licencia estatal relacionada con reubicación o falta de uso de dicha licencia;
 - c. Un reporte de NPDB de un arreglo por mala praxis o cualquier reporte de un arreglo por mala praxis que no satisface los criterios de umbral
 - d. No renovación de cobertura para mala praxis o cambio en la compañía de seguros para mala praxis relacionada con cambios en las prácticas comerciales de la compañía de seguros (ya no ofrece cobertura en un estado o ya no está en operación);
 - e. Falla previa de un examen de certificación por parte de un profesional que está certificado actualmente por la junta o que permanece en la ventana de capacitación de cinco años posterior a la residencia;

- f. Acciones tomadas por un hospital contra los privilegios de un profesional relacionadas únicamente con la falla en completar registros médicos de manera oportuna;
 - g. Historial de una investigación de una junta de licencias, hospital u otra entidad profesional que fue cerrada sin ninguna acción o sanción.
15. No hay datos de mejora u otros datos de desempeño incluyendo quejas por encima del umbral establecido.
16. Reacreditación por lo menos cada tres años para evaluar el cumplimiento continuo del profesional con los estándares de Simply.

*Se espera que estos hallazgos estarán descubiertos para profesionales y los HDO de la red acreditados actualmente a través de monitoreo continuo de sanciones. Los profesionales y HDO de la red con tales hallazgos serán revisados y considerados individualmente por el CC al momento de la identificación de los hallazgos.

Nota: el CC revisará individualmente a cualquier profesional y HDO de la red que no cumpla con uno o más de los criterios para reacreditación.

B. Criterios de elegibilidad de una HDO

Todas las HDO deben estar acreditadas por un ente de acreditación apropiado y reconocido o, en ausencia de dicha acreditación, Simply podría evaluar la encuesta de sitio más reciente de Medicare, la agencia estatal de supervisión apropiada, o una encuesta de sitio realizada por una entidad externa independiente designada dentro de los últimos 36 meses. Si una HDO tiene centros satélites que siguen la misma política y los mismos procedimientos, Simply podría limitar las visitas al sitio al centro principal. Las HDO no acreditadas están sujetas a revisión individual por parte del CC y serán consideradas para necesidad de acceso de miembros solo cuando la revisión del CC indique cumplimiento con los estándares de Simply y no haya deficiencias anotadas en la revisión de supervisión de Medicare o el estado que podrían afectar de manera adversa la calidad o el cuidado o la seguridad de los pacientes. Las HDO se reacreditan por lo menos cada tres años para evaluar el cumplimiento continuo de la HDO con los estándares de Simply.

1. Criterios generales para las HDO:

- a. Licencia válida, actual y sin restricciones para operar en los estados en los cuales brindará servicios a los miembros. La licencia debe estar en cumplimiento sin sanciones.
- b. Certificación válida y actual de Medicare.
- c. No deben estar actualmente sancionados, vetados o excluidos federalmente de la participación en cualquiera de los siguientes programas: Medicare, Medicaid o el FEHBP. Nota: Si, una vez que una HDO participe en los programas o redes de proveedores de Simply, ocurre exclusión de Medicare, Medicaid o FEHBP, al momento de la identificación, la HDO quedará inmediatamente no elegible para participación en los programas gubernamentales o redes de proveedores aplicables, al igual que otras redes acreditadas de Simply.
- d. Seguro de responsabilidad aceptable para Simply.
- e. Si no está acreditada apropiadamente, la HDO debe presentar una copia de la encuesta de los CMS, sitio del estado o una entidad externa independiente para revisión por parte del CC para determinar si se han cumplido con los estándares de los criterios de calidad y certificación de Simply.

2. Criterios adicionales de participación para HDO por tipo de proveedor:

Tipo de HDO y agentes de acreditación aprobados de Simply

Tipo de centro (cuidado médico)	Agencias de acreditación aceptables
Hospital de cuidado agudo	CIQH, TCT, DNV/NIAHO, HFAP, TJC
Centros quirúrgicos ambulatorios	AAAASF, AAAHC, AAPSF, HFAP, IMQ, TJC
Centro de maternidad	AAAHC, CABC, TJC
Agencias de cuidado médico en el hogar (HHA)	ACHC, CHAP, DNV/NIAHO, TJC, TCT
Terapia de infusión en el hogar (HIT)	ACHC, CHAP, TCT, TJC
Centros de enfermería especializada/hogares de ancianos	CARF, TJC

Tipo de centro (cuidado de la salud conductual)	Agencias de acreditación aceptables
Hospital de cuidado agudo—trastornos psiquiátricos	DNV/NIAHO, HFAP, TJC, TCT
Hogares para cuidado familiar de adultos (AFCH)	ACHC, TJC
Atención de tutela temporal para adultos	ACHC, TJC
Centros comunitarios de salud mental (CMHC)	AAAHC, CARF, CHAP, COA, TJC, HFAP
Unidad de estabilización de crisis	TJC
Servicios de intervención familiar intensiva	CARF
Intensivo para paciente ambulatorio: salud mental y/o trastorno por el uso de sustancias	ACHC, CARF, COA, DNV/NIAHO, TJC
Clínica de salud mental para paciente ambulatorio y/o clínicas de salud conductual certificadas	CARF, CHAP, COA, HFAP, TJC
Hospitalización parcial/tratamiento diurno: trastornos psiquiátricos y/o trastorno por el uso de sustancias	CARF, DNV/NIAHO, TJC
Centros de tratamiento residencial (RTC): trastornos psiquiátricos y/o trastorno por el uso de sustancias	CARF, COA, DNV/NIAHO, HFAP, TJC

Tipo de centro (Cuidado de la salud conductual-Rehabilitación)	Agencias de acreditación aceptables
Servicios hospitalarios agudos en internación – solo centros de desintoxicación	TCT, DNV/NIAHO, HFAP, TJC
Desintoxicación ambulatoria de salud conductual	CARF, TJC
Clínicas de mantenimiento de metadona	CARF, TJC
Clínicas para trastorno por el uso de sustancias para paciente ambulatorio	CARF, TJC, COA,

Accreditación delegada

Los grupos de proveedores con programas sólidos de acreditación que cumplen con los estándares de acreditación de Simply podrían ser evaluados por delegación. Como parte de este proceso, realizaremos una evaluación de predelegación de una política y programa de acreditación del grupo, como también una evaluación en el sitio de los archivos de acreditación.

Se considera que el puntaje para aprobar es un promedio total del 90% de cumplimiento. En caso de que se identifiquen deficiencias, se espera que el grupo presente un plan de acción correctivo aceptable en el plazo de 30 días de recibir los resultados de la auditoría. En caso de que haya deficiencias serias, negaremos la delegación o limitaremos el nivel de delegación.

Podríamos eliminar la necesidad de la auditoría en el sitio de la predelegación si el programa de acreditación del grupo es certificado por el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad para todos los elementos de acreditación y reacreditación. Somos responsables por la supervisión en curso de cualquier arreglo de acreditación delegada y programaremos las revisiones apropiadas. Las revisiones se realizarán por lo menos anualmente.

Programas de mejora de la calidad

Nuestros administradores de casos recomiendan los programas a continuación de mejora de la calidad para nuestros inscritos:

Preocupaciones de seguridad en el hogar y prevención de caídas

Todos los administradores de casos de LTC de Simply reciben entrenamiento con respecto al riesgo de los miembros de caídas y realizar una evaluación de riesgo de caídas en el hogar como parte de la evaluación integral.

Los administradores de casos de LTC de Simply llevan a cabo una evaluación del ambiente del hogar del miembro que resultará en recomendaciones del producto ajustadas al miembro para reducir el riesgo de caídas. La educación es clave para identificar problemas de seguridad y evitar caídas. El administrador de casos de LTC tendrá las herramientas y los recursos para proporcionar materiales educativos y hacer conexiones con recursos comunitarios cuando se necesite.

Simply también ha creado un Programa de apoyo para cuidadores, el cual proporciona servicios y apoyos para el cuidador. Este programa incluye entrenamiento de cuidadores que apoya la seguridad en el hogar del miembro.

Asuntos de final de la vida y directivas anticipadas

Todos los administradores de casos de LTC de Simply reciben entrenamiento con respecto a asuntos de final de la vida y la importancia de obtener directivas anticipadas. El administrador de casos usa este conocimiento para evaluar y educar al miembro acerca de estos asuntos importantes.

La educación es clave para garantizar que los miembros entiendan sus opciones y la importancia de tener en vigencia directivas anticipadas. El administrador de casos de LTC tendrá las herramientas y los recursos para proporcionar materiales educativos y hacer conexiones con recursos comunitarios cuando se necesite.

Conductas Saludables

Ofrecemos programas para miembros que desean dejar de fumar, perder peso o abordar cualquier programa de uso de drogas y recompensamos a los miembros que ingresan y cumplen con determinadas metas. Nuestros programas de Recompensas por Conductas Saludables incluyen:

- Programa para dejar de fumar.
- Programa de control del peso.
- Programa para abuso de alcohol y sustancias.
- Comité asesor de educación sobre salud.
- Programa materno infantil.
- Programas de vacunación.

Establecer metas saludables

El programa de Premios por Conductas Saludables de Simply existe para ayudar a nuestros miembros. Juntos, podemos hacer un plan y establecer metas para superar problemas de salud difíciles. Por ejemplo, para uso de alcohol y sustancias y dejar de fumar, ofrecemos ayuda y apoyo a través de orientación y participación en grupos comunitarios. Para control de peso y nutrición, ofrecemos ayuda y apoyo de un enfermero para tomar decisiones saludables sobre ejercicios y alimentos.

Recursos y herramientas

La Línea para dejar de fumar de Florida es un servicio telefónico gratuito, para dejar de fumar. Cualquier persona que viva en Florida y desee dejar de fumar, puede usar esta línea. Los siguientes servicios están disponibles a través de la Línea para dejar de fumar:

- Sesiones de consejería
- Materiales de autoayuda
- Consejería y materiales en inglés y español
- Servicio de traducción para otros idiomas
- Asistencia de farmacoterapia
- Servicio de TDD para personas sordas o con problemas auditivos

Recursos en línea

Sitio web	Información del recurso
https://smokefree.gov	Un diario de ansias, información sobre medicamentos para ayudar a los miembros a dejar de fumar, <i>Pathways to Freedom for African Americans (Senderos hacia la libertad para afroamericanos)</i> y <i>Guía para Dejar de Fumar</i> (recurso en español)
www.ffsonline.org	Programa de Libertad de Fumar de la Asociación Estadounidense del Pulmón
https://quitnet.com http://quitsmokingsupport.com https://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/tobacco/cessation	Recursos adicionales, incluyendo apoyo para dejar de fumar, información sobre por qué dejar de fumar y cómo obtener ayuda

Educación continua en línea para médicos

Los proveedores pueden recibir capacitación de educación continua en línea a través de estos recursos:

- Programa Educativo para Salud Oral y Dejar de Fumar de MAHP para proveedores de atención primaria
- Cómo tratar el uso de tabaco y la dependencia del tabaco de la Escuela Médica de Wisconsin
- www.medscape.com
- Podcasts sobre dejar de fumar para médicos

Recursos impresos para miembros

Ofrecemos los siguientes recursos impresos que puede compartir con los miembros:

- *Usted puede dejar de fumar*
- *Uso de tabaco: Cómo romper con el hábito*
- *Uso de tabaco: Razones para dejar de fumar*

Recursos impresos para proveedores

- *Guía de referencia rápida: Cómo tratar el uso de tabaco y la dependencia*

Todos los materiales para miembros están disponibles en el sitio web para miembros y los materiales para proveedores están en el sitio web para proveedores.

11 ADMINISTRACIÓN MÉDICA

Criterios de revisión médica

Simply usa las *Políticas médicas* y las *Guías de administración de la utilización clínica* reconocidas nacionalmente y basadas en evidencia. Estas políticas están disponibles públicamente en nuestro sitio web y pueden obtenerse en una copia física con una solicitud por escrito. Su propósito es ayudarle a proveer una atención de calidad al disminuir el uso inapropiado de los recursos médicos.

Los criterios de McKesson InterQual continuarán siendo usados cuando no existan *Políticas médicas* específicas. En todos los casos, los contratos de Medicaid o los requisitos de los CMS reemplazan tanto los criterios de McKesson InterQual y las *Políticas médicas*.

- Los servicios **médicamente necesarios** incluyen cuidado, bienes o servicios médicos, asociados o a largo plazo, suministrados u ordenados para satisfacer las siguientes condiciones:
 - Necesarios para proteger la vida, evitar enfermedades o discapacidad significativas o para aliviar un dolor intenso
 - Individualizados, específicos y consistentes con los síntomas o confirmar el diagnóstico de la enfermedad o lesión bajo tratamiento y no en exceso de las necesidades del paciente
 - Consistentes con los estándares médicos profesionales aceptados generalmente según fue determinado por el programa Medicaid y no ser experimentales ni investigativos
 - Reflexivos del nivel de servicios que pueden ser suministrados en forma segura y para los cuales no esté disponible en todos los estados un tratamiento que no sea igualmente eficaz y más conservador y menos costoso
 - Suministrados en una forma destinada principalmente para la conveniencia del inscrito, el cuidador o el proveedor del inscrito
- Para aquellos servicios suministrados en un hospital a un paciente hospitalizado, la necesidad médica significa que la atención médica apropiada no puede ser suministrada eficazmente en forma más económica en un paciente ambulatorio o en un centro de hospitalización de un tipo diferente.
- El hecho de que un proveedor haya recetado, recomendado o aprobado cuidado, bienes o servicios médicos, asociados o a largo plazo, no hacen, en sí, que dicho cuidado, bienes o servicios médicamente necesarios, sean una necesidad médica o un servicio/beneficio cubierto.

Proceso de certificación previa/notificación

Simply podría requerir a los miembros buscar una referencia de su PCP antes de acceder a los servicios de salud física especializados que no sean de emergencia.

Certificación previa se define como el proceso prospectivo mediante el cual los asociados clínicos certificados aplican conjuntos de criterios designados contra la intensidad de los servicios a ser prestados y la gravedad de la enfermedad de un miembro, el historial médico y el tratamiento anterior, para determinar la necesidad médica y la conveniencia de una determinada solicitud de cobertura.

Prospectivo significa que la solicitud de cobertura ocurrió antes del servicio que está siendo provisto.

Notificación se define como una comunicación por fax, telefónica o electrónica recibida de un proveedor que informa a Simply de la intención de prestar servicios médicos cubiertos a un miembro. No existe una revisión contra los criterios de necesidad médica; sin embargo, se verifican la elegibilidad del miembro y el estado del proveedor (de la red y no de la red). Se debe proporcionar notificación antes de prestar los servicios. Para los servicios que sean de emergencia o urgencia, la notificación debe darse en un periodo de 24 horas o al siguiente día hábil. El no cumplimiento de las normas de notificación resultará en denegación administrativa.

Las solicitudes de certificación previa con toda la documentación de apoyo deben ser enviadas con un mínimo de 72 horas antes de la admisión programada. El no cumplimiento de las reglas de notificación resultará en denegación administrativa.

Denegación administrativa

Denegación administrativa es una denegación de servicios basada en razones distintas a la necesidad médica. Las denegaciones administrativas se hacen cuando no se cumple un requisito contractual, tal como notificación tardía de admisiones, falta de certificación previa o falla del proveedor en enviar información clínica cuando se le solicite. Las apelaciones para denegaciones administrativas deben abordar la razón para la denegación (o sea, por qué no se obtuvo la certificación previa o por qué no se envió la información clínica).

En caso de que Simply revoque su decisión administrativa, el caso será revisado por necesidad médica, y de ser aprobado, la reclamación será reprocesada o el solicitante será notificado de la acción que se debe tomar.

Las autorizaciones que caen bajo las categorías a continuación serán revisadas por un director médico del plan para ver la necesidad médica.

Una solicitud para la autorización de cualquier servicio médicamente necesario para un miembro menor de 21 años cuando:

- El servicio no está listado en el *Manual de cobertura y limitaciones de Florida Medicaid* de servicio específico, *la Política de cobertura de Florida Medicaid*, o *el programa de cargos asociados de Florida Medicaid*.
- El servicio no es un servicio cubierto del plan.
- La cantidad, frecuencia o duración del servicio excede las limitaciones especificadas en el manual de servicio específico.
- El programa de pago correspondiente puede solicitarse en la misma manera tal como se señaló anteriormente.

Acceso al personal de UM

- El personal de UM está disponible por lo menos ocho horas al día durante el horario de atención regular para llamadas entrantes por cobrar o de línea gratuita con respecto a asuntos de UM. El personal está disponible de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. ET.
- El personal puede recibir comunicación entrante con respecto a asuntos de UM fuera del horario normal al **1-877-440-3738**. Nuestro servicio de contestadora fuera del horario normal garantizará que los proveedores estén conectados con uno de nuestros administradores, enfermeros o el director médico según corresponda.
- El personal se identifica por nombre/inicial del apellido, título y nombre de la organización al iniciar o devolver llamadas con respecto a asuntos de UM.
- Los servicios de TDD/TTY están disponibles si marca el **711**.
- Hay asistencia en otros idiomas, tal como servicios de intérprete, disponible llamando a Servicios para Proveedores al **1-877-440-3738**.

12 PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS Y APELACIONES DEL MIEMBRO

Los miembros tienen el derecho de examinar el expediente del caso, incluyendo los registros médicos y cualquier otro material a ser considerado durante el proceso. Podrían pedir una copia gratuita de las guías, los registros u otra información usada para tomar todas las decisiones relacionadas con la apelación. La solicitud puede hacerse antes, durante o después de la apelación.

Lo que debe saber:

- Si la cobertura del servicio que usted pidió ha sido denegada, limitada, reducida, suspendida o terminada, debe pedir una apelación en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la carta en que le dijimos que no pagaríamos por el servicio.
- Puede pedir una apelación acelerada si piensa que el miembro necesita los servicios por una emergencia o enfermedad que amenaza su vida.
- Puede pedirnos que le enviemos más información para ayudarlo a entender por qué no pagaríamos por el servicio que solicitó.
- Solamente tenemos un nivel de apelación del miembro. Durante la apelación, un médico que no ha revisado el caso con anterioridad revisará y tomará una decisión.
- Si desea completar una revisión de colegas, podemos arreglarlo; solo díganos que desea hablar con un revisor médico.

El proceso de apelación

Una apelación puede ser presentada oralmente o por escrito en un plazo de 60 días calendario de nuestra notificación de determinación adversa de beneficios.

Hay cinco formas de presentar una apelación:

1. Apelación en línea a través de Availity:

- Solicite una apelación usando el Revisor interactivo de cuidado (ICR), nuestra herramienta en línea de autorización para cualquier autorización elegible denegada afiliada con su identificación impositiva / organización en <https://www.availity.com>:
 - Para solicitar una apelación a través de ICR necesita tener una asignación de rol de Solicitud de autorización de referencia en Availity. El administrador de Availity de su organización puede darle acceso a este rol.
- A través de Availity, puede cargar documentación de apoyo y recibirá reconocimiento de su presentación.
- Para ser elegible, el caso debe estar en un estado de denegado. También puede solicitar una apelación clínica a través de ICR para los casos presentados por teléfono y fax.

2. Verbalmente: Llame a Servicios para Proveedores al 1-877-440-3738

3. Envíenos un correo electrónico a flmedicaidgrievances@amerigroup.com.

4. Envíe un fax al **1-866-216-3482**.

5. Por escrito: Envíe por correo toda la documentación requerida:

- Las cartas de apelación y otra información clínica debería enviarse a:
Simply Healthcare Plans, Inc.
Medical Appeals
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

Derechos del miembro en el proceso de apelación

Comparta esta información con sus pacientes de Simply para educarlos sobre los derechos en el proceso de apelación:

- Si nos llama, le enviaremos un formulario de apelación. Si desea que otra persona lo ayude con el proceso de apelación, infórmenoslo y también le enviaremos ese formulario. Debe llenar todo el formulario y enviarlo de vuelta por correo postal. También podemos ayudarle a llenar el formulario cuando hablemos por teléfono con usted.
- Cuando recibamos su carta o formulario de apelación, le enviaremos una carta en un plazo de cinco días hábiles para informarle que recibimos su apelación.
- Podría pedir una copia gratuita de las guías, los registros u otra información usada para tomar esta decisión.
- Le informaremos lo que decida el médico en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación (o 48 horas para apelaciones aceleradas).
- Si reducimos la cobertura para un servicio que está recibiendo actualmente y usted desea continuar recibiendo el servicio durante su apelación, puede llamarnos para pedirlo. Debe llamar en un plazo de 10 días desde la fecha de la carta de rechazo inicial enviada por correo a usted, la cual dice que no pagaremos por el servicio.
- Si tiene más información que darnos, puede traerla en persona o escribirnos a la dirección a continuación. Además, puede ver sus registros médicos y la información sobre esta decisión antes y durante el proceso de apelación.
- El período de tiempo para un reclamo o una apelación podría ser extendido hasta por 14 días calendario si pide una extensión o encontramos que se necesita información adicional y el retraso es en su interés. Si el periodo de tiempo es extendido de otra forma que a solicitud suya, lo llamaremos el mismo día y le notificaremos por escrito en un plazo de dos días calendario de la determinación del motivo para el retraso.
- Si tiene una necesidad especial, le daremos ayuda adicional para presentar su apelación. Llame al **1-877-440-3738 (TTY 711)** para solicitar ayuda.
- Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al número gratuito del departamento de Servicios para Miembros al **1-877-440-3738 (TTY 711)**. Servicios para Miembros puede ayudarle de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. ET, excluyendo días feriados.

Dirección para apelaciones médicas

Envíe toda su información médica sobre el servicio con su carta a:

Simply Healthcare Plans, Inc.
Medical Appeals
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

Proceso de audiencia imparcial estatal

Un miembro puede buscar una audiencia imparcial de Medicaid en cualquier momento hasta 120 días después de recibir la notificación sobre la resolución de la apelación al plan de Simply. Primero, el miembro debe finalizar el proceso de apelación.

Con el fin de tener servicios continuados, el miembro debe solicitar una audiencia imparcial en el plazo de 10 días a partir de la fecha de la carta de rechazo o en el plazo de 10 días después de la fecha de entrada en vigencia pretendida de la acción, la que sea posterior. El miembro podría tener que pagar por los servicios recibidos si se llega a una decisión de mantener nuestra decisión.

La Unidad de Audiencias de Medicaid no es parte de Simply; esta examina las apelaciones de miembros de Medicaid que viven en Florida. Le daremos a la oficina información sobre el caso, incluyendo la información que usted nos ha dado.

Usted o el miembro pueden contactar a la Unidad de Audiencias de Medicaid en:

Agency for Health Care Administration
Medicaid Hearing Unit
P.O. Box 60127
Ft. Myers, FL 33906
1-877-254-1055 (número gratuito)
1-239-338-2642 (fax)
MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

Apelaciones urgentes o aceleradas

- Usted o el miembro puede pedir una apelación urgente o acelerada si cree que el período de tiempo para un proceso de apelación estándar podría comprometer gravemente la vida, la salud o la habilidad de obtener, mantener o recuperar la función máxima del miembro.
- Usted o el miembro también puede llamar al número gratuito de Servicios para Miembros al **1-877-440-3738** (TTY **711**) para pedir una apelación acelerada.
- Resolveremos cada apelación acelerada y le suministraremos la notificación a usted y al miembro tan pronto lo requiera la condición médica del miembro en los períodos de tiempo establecidos por el estado que no excedan las 48 horas después de que recibamos la solicitud de apelación. Si su solicitud de apelación acelerada es rechazada, la apelación será transferida al período de tiempo para resolución estándar y usted será notificado.

Para obtener más información sobre los procedimientos de reclamos y apelaciones de los miembros, refiera al miembro a su *Manual del miembro de Simply*.

Quejas y reclamos

Tengo una inquietud y deseo reportarla.

Simply tiene un proceso para solucionar las quejas y los reclamos. Si tiene una inquietud que es fácil de solucionar y se puede resolver en un plazo de 24 horas, Servicios para Miembros le ayudará. Si su inquietud no se puede solucionar en un plazo de 24 horas y nuestro coordinador de reclamos debe analizarla, su llamada se transferirá al coordinador de reclamos y apelaciones.

¿Cómo le comunico a Simply mi inquietud?

Se debe hacer una queja o un reclamo por vía telefónica o por escrito en cualquier momento después de que sucedió el evento. Para presentar una queja o un reclamo ante el coordinador de quejas y reclamos:

1. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-440-3738** (TTY **711**).
2. Escribanos una carta sobre su inquietud. Envíela por correo postal a:
Simply Healthcare Plans, Inc.
Grievance and Appeals Coordinator
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429
3. Número de fax: 866-216-3482
4. Envíenos un correo electrónico a flmedicaidgrievances@amerigroup.com.

Puede tener a alguna persona que le ayude con el proceso de reclamos. Esta persona puede ser cualquiera de los siguientes:

- Un familiar
- Un amigo
- Su médico
- Un abogado

Escriba el nombre de esta persona en el formulario de reclamo.

Si necesita ayuda para presentar la queja, Simply puede ayudar. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-440-3738 (TTY 711)** y un coordinador de reclamos y apelaciones le ayudará. Una vez que Simply reciba su queja (oral o por escrito), le enviaremos una carta en un plazo de cinco días hábiles. Esta carta le informará la fecha en que recibimos su reclamo.

¿Qué pasa si tengo información adicional?

Si usted tiene más información que desea que nosotros tengamos:

1. Envíela por correo postal a:
Simply Healthcare Plans, Inc.
Grievance and Appeals Coordinator
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429
2. Núm. de fax: 866-216-3482
3. El coordinador de reclamos y apelaciones lo llamará cuando envíe su reclamo.
4. Llame al coordinador de reclamos y apelaciones al **1-877-440-3738 (TTY 711)**.

¿Qué pasa después?

El coordinador de reclamos revisará su inquietud. Si se necesita más información o ha pedido hablar con el coordinador, él o ella le llamará. El personal clínico examina las inquietudes médicas. Simply le comunicará la decisión de su reclamo en un plazo de 90 días calendario a partir de la fecha en que recibamos su reclamo.

¿Qué sucede si quiero una extensión?

Aunque Simply generalmente soluciona su inquietud en un plazo de 90 días calendario, existen veces en que se necesita una extensión. Simply podría extender el plazo que se tarda en solucionar su inquietud hasta 14 días calendario si se dan las siguientes condiciones:

- Usted solicita una extensión.
- Simply necesita información adicional y creemos que extender el tiempo es para su beneficio.

Simply le llamará el mismo día y le dejará saber por escrito, en un plazo de dos días hábiles de nuestra identificación, de que es necesaria una extensión del reclamo.

Apelaciones médicas

Podría haber momentos en que Simply diga que no pagará, de manera total o parcial, el cuidado que su médico pidió. Si lo hacemos, usted puede apelar la decisión. Una apelación médica se produce cuando usted le pide a Simply que reconsidere el cuidado que su médico pidió y que nosotros dijimos que no pagaríamos. Debe presentar una apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en la carta (*Aviso de determinación adversa*) que indica que no pagaremos por un servicio. Simply no actuará de manera diferente hacia usted o hacia el médico que lo ayudó a presentar una apelación.

Quiero pedir una apelación. ¿Cómo lo hago?

Puede presentar una apelación verbalmente por teléfono o por escrito. Esto debe hacerse en un plazo de 60 días calendario desde cuando recibe la notificación de la determinación adversa de beneficios. Hay cuatro formas de presentar una apelación:

1. Escriba y solicite apelar. Envíe por correo la solicitud de apelación y toda la información médica a:
Simply Healthcare Plans, Inc.
Grievance and Appeals Coordinator
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

2. Llame al coordinador de reclamos y apelaciones al **1-877-440-3738** (TTY **711**).
3. Envíenos un correo electrónico a flmedicaidgrievances@amerigroup.com.
4. Envíe un fax al **1-866-216-3482**.

¿Qué más debo saber?

Cuando recibamos su carta, le enviaremos una carta en un plazo de cinco días hábiles. Esta carta le informará que recibimos su apelación. Podría pedir también una copia gratuita de las guías, los registros u otra información usada para tomar esta decisión. Le informaremos la decisión en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.

¿Qué pasa si tengo más información que quiero que ustedes tengan?

Si tiene más información que darnos, envíela por correo a la dirección de Apelaciones médicas o envíela por fax al número que se encuentra arriba. Además, puede ver sus registros médicos y la información sobre esta decisión antes y durante el proceso de apelación. El marco de tiempo para una apelación podría ser extendido hasta por 14 días calendario si:

- Usted pide una extensión.
- Simply encuentra que se necesita información adicional y el retraso es en su interés.

Si el marco de tiempo es prolongado de otra forma que a solicitud suya, Simply lo llamará el mismo día y le informará por escrito en un plazo de dos días calendario de cuando se toma la decisión.

Si tiene una necesidad especial, le daremos ayuda adicional para presentar su apelación. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-440-3738** (TTY **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. ET.

¿Qué puedo hacer si creo que necesito una apelación urgente o acelerada?

Usted o su médico o alguien en su nombre puede pedir una apelación urgente o acelerada si:

- Cree que el periodo de tiempo para un proceso de apelación estándar podría perjudicar gravemente su vida o salud, o su capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima, basado en el criterio de una persona común prudente.
- En opinión de su médico quien tiene conocimiento de su condición médica, una apelación estándar lo sometería a dolor intenso que no puede ser bien tolerado sin la atención o el tratamiento que es sujeto de la solicitud.

También puede pedir una apelación acelerada llamando al número gratuito de Servicios para Miembros al **1-877-440-3738** (TTY **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. ET.

Si tiene alguna pregunta, necesita ayuda o desea hablar con el coordinador de reclamos y apelaciones, llame al número gratuito de Servicios para Miembros al **1-877-440-3738** (TTY **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. ET.

Debemos responderle por teléfono en un plazo de 48 horas después de que recibimos la solicitud de apelación acelerada, ya sea que la apelación haya sido verbalmente por teléfono o por escrito. Si la solicitud para una apelación acelerada es denegada:

- La apelación será transferida al marco de tiempo para resolución estándar.
- Será notificado verbalmente el mismo día y con una notificación escrita en un plazo de dos días calendario.

¿Qué pasa si mi cuidado médico fue reducido, pospuesto o finalizado y deseo seguir recibiendo cuidado médico mientras mi apelación está en revisión?

Llame a Servicios para Miembros si desea mantener sus beneficios durante su apelación. Simply continuará brindándole sus beneficios si se cumple lo siguiente:

1. Usted o su representante autorizado presentan una apelación ante Simply con respecto a la decisión ya sea:
 - a. En un plazo de 10 días hábiles después de que la notificación de la acción adversa es enviada por correo.
 - b. En un plazo de 10 días hábiles después de la fecha de entrada en vigencia pretendida de la acción, la que sea posterior.
2. La apelación involucra la terminación, suspensión o reducción de un curso de tratamiento autorizado previamente.
3. Los servicios fueron ordenados por un proveedor autorizado.
4. El periodo original cubierto por la autorización original no ha vencido.
5. Usted solicita extensión de beneficios.

Si usted cumple con estos requisitos, Simply aprobará el servicio hasta que suceda una de las siguientes:

1. Que usted revoque la apelación.
2. Pasen diez días hábiles después de que Simply le envía la notificación de resolución de la apelación contra usted, a menos que dentro de esos 10 días usted haya solicitado una audiencia imparcial de Medicaid con continuación de beneficios.
3. La audiencia imparcial de Medicaid emita una decisión que le sea adversa a usted.
4. Se haya cumplido el periodo de tiempo o los límites de servicio de un servicio previamente autorizado.

Si la audiencia imparcial estatal está de acuerdo con nosotros, puede que tenga que pagar por el cuidado que recibió durante la apelación.

¿Qué puedo hacer si Simply aún no pagará?

Tiene derecho a pedir una audiencia imparcial estatal. Debe completar el proceso de apelación antes de pedir una audiencia imparcial. Si pide una audiencia imparcial, debe hacerlo no más de 120 días calendario después de haber recibido nuestra carta en la que le informamos que no pagaremos un servicio.

La Unidad de Audiencias de Medicaid no es parte de Simply. Esta oficina analiza las apelaciones de los miembros de Florida Medicaid. Si se pone en contacto con la Unidad de Audiencias de Medicaid, les daremos información sobre su caso. Esto incluye los detalles que usted nos ha dado.

¿Cómo me pongo en contacto con el estado para una audiencia imparcial?

Puede contactar a la Unidad de Audiencias de Medicaid en cualquier momento durante el proceso de apelación de Simply. Se encuentra en:

Agency for Health Care Administration
Medicaid Hearing Unit
P.O. Box 60127
Ft. Myers, FL 33906
1-877-254-1055 (número gratuito)
1-239-338-2642 (fax)
MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

Tiene derecho a pedir el recibir beneficios durante su audiencia. Llame al número gratuito de Servicios para Miembros al **1-877-440-3738** (TTY **711**). Si la Unidad de Audiencias de Medicaid está de acuerdo con Simply, es posible que usted deba pagar los servicios que recibió durante la apelación.

Insatisfacción y reclamos del miembro

Los miembros que desean presentar un reclamo a través de su proveedor deben obtener un formulario de reclamos del sitio web de Simply. Una vez completa el formulario, el miembro o proveedor puede enviar el formulario de queja con cualquier documentación de apoyo a la atención de nuestra Unidad de Reclamos.

Proceso de insatisfacción

Nos esforzaremos para resolver la insatisfacción de cada miembro antes de que se convierta en un reclamo. Exhortamos a los miembros a expresar temprano incluso la menor de las inquietudes al contactarse con su administrador de casos. La vasta mayoría de las inquietudes se resuelven en el momento de contacto inicial.

Ya sea que se recibió por teléfono o por escrito, todas las inquietudes del miembro son ingresados inmediatamente en el Sistema de administración de la información de Simply. En caso de que no se pueda resolver la inquietud del miembro para el cierre del siguiente día hábil, la inquietud se convierte en un reclamo formal. Enviaremos una carta reconociendo la recepción de la solicitud en un plazo de cinco días hábiles.

Un representante de Servicios para Miembros o un administrador de casos registra todas las insatisfacciones, tanto orales como escritas y trata de resolver inmediatamente la queja. En caso de que no se pueda resolver la insatisfacción en el momento de la llamada, esta es enviada al equipo de Reclamos y Apelaciones para una resolución como reclamo. El equipo de Reclamos y Apelaciones trabaja con el departamento apropiado dentro de Simply para realizar una investigación y revisión. Servicios para Miembros usa la línea de idiomas para asistencia, según sea necesario, con servicios de interpretación.

Los procedimientos de quejas y reclamos están disponibles para los miembros y proveedores en formatos alternos, según sea necesario. Esto incluye audio, letra grande, Braille y español. También están disponibles líneas TDD/TTY e intérpretes de lenguaje de señas. En caso de que un miembro necesite ayuda para completar un formulario de reclamo/apelación, se le suministrará ayuda por teléfono, o un representante del defensor del miembro se pondrá en contacto con el miembro para darle la asistencia solicitada y podrá llenar el formulario por el miembro. Además, los formularios de reclamo/apelación están disponibles en las oficinas de los proveedores. Estos servicios de asistencia están disponibles en todos los pasos del proceso de reclamo y apelación.

Otras insatisfacciones manejadas por Simply

Las insatisfacciones del miembro pertenecientes a la recepción de los servicios de la visión son referidas al subcontratista correspondiente. El subcontratista para estos servicios debe informarnos mensualmente todas las insatisfacciones del miembro, incluyendo el tipo de queja y el estado de resolución. Incluiremos esta información en la base de datos de reclamos/apelaciones para monitoreo y tendencias. En caso de que el miembro vuelva a llamar y no esté satisfecho con la respuesta del departamento de Servicios para Miembros del subcontratista, un representante de Servicios para Miembros de Simply tratará de realizar una conferencia telefónica de tres vías con el subcontratista y el miembro para resolver inmediatamente el problema. Servicios para Miembros también puede referir el problema a nuestro departamento de Reclamos y Apelaciones para una revisión o asistencia adicional.

Si un proveedor recibe una queja de un miembro relacionada con transporte que no sea de emergencia, el proveedor intentará resolver la queja. Si no pueden resolver la queja en un plazo de 24 horas, el proveedor notificará al departamento de Reclamos y Apelaciones y un coordinador de reclamos contactará al miembro para darle asistencia.

Proceso de reclamos

Un **reclamo** es cuando un miembro no está satisfecho acerca de algo más que no sean sus beneficios de salud. Un reclamo podría ser acerca de la conducta de un médico o acerca de información que el miembro debió recibir, pero no fue así.

Los posibles temas para un reclamo incluyen, entre otros, la calidad del cuidado médico, la calidad de los servicios provistos y aspectos de las relaciones interpersonales tales como descortesía de un proveedor o empleado o no respetar los derechos del miembro.

Los miembros podrían presentar un reclamo formal ya sea verbalmente o por escrito en cualquier momento después de la fecha del servicio o la ocurrencia del hecho. Podemos ayudar a los miembros a redactar los reclamos, según sea necesario. Todos los reclamos serán reconocidos en el plazo de cinco días hábiles. Todos los reclamos, excepto los problemas clínicamente relacionados, son investigados por el personal del departamento de Reclamos con la cooperación de otros departamentos involucrados directamente con las preocupaciones del miembro. Los miembros podrían presentar un reclamo al contactarse con:

- Simply Healthcare Plans, Inc.
Grievance Coordinator
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-1599
- Horario de atención: de 8 a.m. a 7 p.m.
- Teléfono: **1-877-440-3738 (TTY 711)**
- Envíenos un correo electrónico a **flmedicaidgrievances@amerigroup.com**
- Envíenos un fax al: **866-216-3482**

La resolución de un reclamo del miembro debe completarse en el plazo de 90 días desde la recepción del reclamo. Si el proceso de revisión toma más de 90 días, enviaremos una carta de seguimiento al miembro explicando el estado de su caso. Si se necesita una extensión, enviaremos una carta al miembro explicando el estado del caso y la necesidad de una extensión. También enviamos al miembro una carta de resolución exponiendo nuestra decisión y el derecho de apelación del miembro.

El periodo de tiempo para un reclamo puede ser extendido hasta por 14 días calendario si:

- El miembro pide una extensión.
- Simply encuentra que es necesaria información adicional y el retraso es en el interés del miembro.

Si el marco de tiempo del reclamo se extiende por otra razón distinta de la solicitud del miembro, Simply puede llamar al miembro el mismo día y notificarle por escrito dentro de un plazo de dos días calendario de cuando se toma la decisión. Si un miembro tiene una necesidad especial, Simply le dará ayuda adicional para presentar la apelación.

En caso de que una queja involucre una inquietud de la calidad de la atención, todos los proveedores, agentes y empleados de Simply pueden completar un formulario de consulta del plan y enviarlo al departamento de Administración de la calidad para una revisión confidencial.

Sistema de quejas de proveedores

Nuestro sistema de quejas de proveedores le permite disputar las políticas y procedimientos de Simply, o cualquier aspecto de nuestras funciones administrativas, incluyendo las acciones propuestas. Tiene 45 días calendario desde la fecha de la ocurrencia para presentar una queja por escrito con respecto a la disputa. Las quejas serán resueltas imparcialmente, de acuerdo con las políticas del plan médico y los beneficios cubiertos.

Proceso para presentar y entregar una queja formal

Usted puede presentarnos una queja formal por escrito por medio del sitio web para proveedores, correo electrónico, fax o correo postal. El reclamo debe estar acompañado por cualquier documentación de apoyo. Para obtener ayuda con la presentación de una queja, llame a Servicios para Proveedores al **1-877-440-3738**.

Nosotros:

- Permitiremos 45 días para que los proveedores presenten una queja por escrito.
- Notificaremos al proveedor (verbalmente o por escrito) en un plazo de tres días hábiles de la recepción de que hemos recibido la queja e incluiremos una fecha prevista de resolución.
- Documentaremos el motivo por el cual una queja no es solucionada después de 30 días calendario desde la recepción y proporcionaremos una notificación escrita del estado al proveedor cada 30 días calendario después de eso.
- Resolveremos todas las quejas en un plazo de 90 días calendario desde la recepción y proporcionaremos una notificación escrita de la disposición así como la base de la resolución dentro de los tres días hábiles después de la resolución.

Simply mantiene todas las quejas de proveedores en forma confidencial en la medida permitida según las leyes aplicables. No tomaremos represalias contra los proveedores por presentar una queja.

Revisión de quejas de proveedores

Al recibo de una queja con documentación de apoyo, investigaremos minuciosamente la queja usando las disposiciones estatutarias, reguladoras, contractuales y del contrato del proveedor aplicables, reuniendo todos los hechos pertinentes de todas las partes y aplicando las políticas y procedimientos escritos de Simply. El ejecutivo de cuenta/persona responsable o director es responsable por la resolución de problemas pendientes. Comunicaremos por escrito la resolución del problema.

Apelaciones no relacionadas con reclamaciones del proveedor

Apelaciones administrativas vs. Apelaciones de necesidad médica Ambas apelaciones, administrativas y de necesidad médica, deben recibirse en un plazo de 45 días calendario desde la fecha en la carta de denegación.

Apelaciones administrativas

Una denegación administrativa es la denegación de servicios basándose en razones distintas a la necesidad médica. Las denegaciones administrativas se hacen cuando no se cumple un requisito contractual, tal como notificación tardía de admisiones, falta de autorización previa o que el proveedor no envíe información clínica cuando se le solicite.

Las apelaciones para denegaciones administrativas deben abordar la razón para la denegación (es decir, por qué no se obtuvo la autorización previa o por qué no se envió la información clínica).

Si Simply revoca su decisión administrativa, el caso será revisado por necesidad médica y, de ser aprobado, la reclamación será reprocesada o el solicitante será notificado de la acción que se debe tomar.

Apelaciones de necesidad médica

Una apelación de necesidad médica es la solicitud para una revisión de una decisión adversa. Una apelación incluye solicitudes para revisar decisiones adversas de cuidado denegado antes de la prestación de servicios (preservicio) y cuidado denegado después de que los servicios son prestados (postservicio), tal como decisiones de necesidad médica, determinación de beneficios relacionados con la cobertura, rescisión de cobertura o la provisión de cuidado o servicio. Simply ofrece un proceso de apelación de necesidad médica que permite a los proveedores la oportunidad de solicitar y participar en la reevaluación de acciones adversas. Se dará a los

proveedores la oportunidad de presentar comentarios escritos, registros médicos, documentos o cualquier otra información relacionada con la apelación. Simply investigará cada solicitud de apelación, recolectando todos los hechos relevantes para el caso antes de tomar una decisión.

Cómo presentar una apelación de necesidad médica.

Simply alienta la presentación electrónica de apelaciones; sin embargo, los proveedores tienen la opción de presentar apelaciones físicas.

Método preferido para presentar una apelación en línea a través de Availity

- Solicite una apelación usando el Revisor interactivo de cuidado (ICR), nuestra herramienta en línea de autorización para cualquier autorización elegible denegada afiliada con su identificación impositiva / organización en <https://www.availity.com>:
 - Para solicitar una apelación a través de ICR necesita tener una asignación de rol de Solicitud de autorización de referencia en Availity. El administrador de Availity de su organización puede darle acceso a este rol.
- A través de Availity, puede cargar documentación de apoyo y recibirá reconocimiento de su presentación.
- Para ser elegible, el caso debe estar en un estado de denegado. También puede solicitar una apelación clínica a través de ICR para los casos presentados por teléfono y fax.
- Verbalmente: Llame a Servicios para Proveedores al 1-844-405-4296
- Por escrito: Envíe por correo toda la documentación requerida:
 - Las cartas de apelación y otra información clínica deben enviarse a:
Centralized Appeals Processing
Simply Health Care
P.O. Box 61599
Virginia Beach, VA 23466-1599

Consultas o apelaciones de pago de reclamaciones

Nuestro programa de Experiencia de Proveedores le ayuda con el pago de las reclamaciones y resolución de problemas. Solo tiene que llamar al **1-877-440-3738** y seleccionar la indicación de Reclamos.

Lo conectaremos con un equipo de recursos dedicado, llamado Unidad de Servicios para Proveedores (PSU), para asegurar:

- La disponibilidad de representantes útiles y concedores para que le ayuden.
- Mayores índices de resolución del problema de primer contacto.
- Tiempo de respuesta de la resolución de la consulta mejorado significativamente.
- Mayor comunicación de alcance para mantenerlo informado del estado de su consulta.

Para los miembros que viven en un centro residencial, hay requisitos para la responsabilidad del paciente. Los centros residenciales son hogares de ancianos, hogares para el cuidado familiar para adultos y centros de vida asistida. La responsabilidad del paciente es calculada por el Departamento de Niños y Familias. De acuerdo con el *Título 42, Sección 435.726, Código de Regulaciones Federales y el Artículo 2404 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio*, la responsabilidad del paciente será retenida de los cargos facturados según las guías del *Manual de reembolsos a proveedores de Medicaid*.

Correspondencia de reclamaciones versus apelación de pago

La PSU está disponible para ayudarle en la determinación del proceso apropiado a seguir para resolver su problema de reclamación. La siguiente tabla también ofrece una guía sobre los problemas considerados correspondencia de reclamación y no deben ir a través del proceso de apelación de pago.

Tipo de problema	¿Qué debo hacer?
Reclamaciones rechazadas	Trabaje con su proveedor de EDI o contacte a Atención al Cliente de Availity al 1-800-282-4548 si presentó una reclamación, pero no fue procesada.
Solicitudes de EOP para documentación de apoyo (cuentas y facturas detalladas)	Presente un <i>Formulario de correspondencia de reclamación</i> , una copia de su EOP y la documentación de apoyo a: Simply Healthcare Plans, Inc. Florida Claims Correspondence P.O. Box 61599 Virginia Beach, VA 23466-1599
Solicitudes de EOP para registros médicos	Presente un <i>Formulario de correspondencia de reclamación</i> , una copia de su EOP y los registros médicos a: Simply Healthcare Plans, Inc. Florida Claims Correspondence P.O. Box 61599 Virginia Beach, VA 23466-1599
Necesidad de presentar una reclamación corregida debido a errores o cambios en la presentación original	Presente un <i>Formulario de correspondencia de reclamación</i> y su reclamación corregida a: Simply Healthcare Plans, Inc. Florida Claims Correspondence P.O. Box 61599 Virginia Beach, VA 23466-1599 Identifique claramente la reclamación como corregida. No podemos aceptar reclamaciones con alteraciones hechas a mano para la información de facturación. Regresaremos las reclamaciones que hayan sido alteradas con una explicación de la razón para la devolución.
Presentación de información de coordinación de beneficios (COB)/responsabilidad de terceros (TPL)	Presente un <i>Formulario de correspondencia de reclamación</i> , una copia de su EOP y la información de COB/TPL a: Simply Healthcare Plans, Inc. Florida Claims Correspondence P.O. Box 61599 Virginia Beach, VA 23466-1599

Una apelación de pago de reclamación (disputa) es cualquier disputa entre usted y Simply por motivos que incluyen:

- Problemas de pago contractual.
- Referencias inapropiados o no aprobadas iniciadas por los proveedores.
- Revisión retrospectiva.
- Desacuerdos sobre reclamaciones reducidas o no pagadas.
- Problemas de autorización.
- Problemas de presentación oportuna.
- Otros problemas de rechazo de seguro médico.
- Problemas de edición del código de la reclamación.
- Problemas de reclamación duplicada.
- Problemas de retroelegibilidad.
- Problemas de procedimiento experimental/investigativo.
- Problemas de datos de la reclamación.

Usted **no** será penalizado por presentar una disputa de pago. No se requiere ninguna acción por parte del miembro. Nuestro procedimiento está diseñado para darle acceso a un proceso de apelación de pago oportuno. Tenemos un proceso de apelación de dos niveles para las disputas de pago de reclamaciones de proveedores. Si está insatisfecho con la resolución de una apelación de primer nivel, le damos la oportunidad para que presente una apelación de segundo nivel.

Para los problemas de pago de reclamaciones relacionados con el rechazo con base en una necesidad médica, tenemos contratos con médicos que no son proveedores de la red para resolver apelaciones de reclamaciones que siguen sin ser resueltas después de la determinación de primer nivel.

Acataremos la determinación del médico que resuelve la disputa y esperamos que usted haga lo mismo. Nos aseguraremos de que el médico que resuelve la disputa tenga la misma especialidad o una especialidad relacionada con la del proveedor que apela.

Si usted no está de acuerdo con la reclamación o ajuste procesado previamente, puede presentarnos una solicitud verbal o por escrito para reconsideración. Debido a la naturaleza de las apelaciones, algunas no pueden ser aceptadas verbalmente y por lo tanto, deben presentarse por escrito. La siguiente tabla ofrece una guía para la determinación del método apropiado de presentación:

Tipo de problema	¿Se permite una solicitud escrita o verbal?
Negada por presentación oportuna	<ul style="list-style-type: none"> • Si cometimos un error en su contrato: se permite que sea verbal • Si tiene prueba escrita: escrita
Negada por no tener autorización	<ul style="list-style-type: none"> • Si sabe que se suministró una autorización, y cometimos un error: se permite que sea verbal • Si tiene prueba escrita: escrita
Problema de retroautorización	<ul style="list-style-type: none"> • Si está pidiendo una retrorevisión: escrita
Denegada por necesitar registros médicos adicionales <i>Nota: Las denegaciones emitidas por este motivo se consideran reclamaciones no limpias y no serán ingresadas como apelaciones. Serán tratadas como consultas/correspondencia.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Si los registros no han sido recibidos antes de llamar: escrita • Si los registros fueron enviados previamente y sabe que fueron recibidos y están en el expediente: verbal
Siente que no fue pagado de acuerdo con su contrato, tal como en el DRG apropiado o tasa por día, programa de pago, Acuerdo del caso de servicio, o tipo inapropiado de cama, etc.	Verbal
El miembro no tiene OHI, pero la reclamación fue denegada para OHI	Verbal
Denegación por edición del código de reclamación	Escrita
Denegada como duplicado	Verbal
Reclamación denegada relacionada con la emisión de datos del proveedor	Verbal
Problema de retroelegibilidad	Verbal
Denegación por procedimiento experimental/investigativo	Escrita
Error de entrada de los datos de las reclamaciones; elementos de los datos en la reclamación en archivo no corresponden a la reclamación que presentó	Verbal
Apelación de segundo nivel	Escrita (no se acepta verbal)

Si después de revisar esta tabla determina que se permite una apelación verbal, puede llamar al PSU al **1-877-440-3738**. Si la apelación debe presentarse por escrito o desea usar el proceso por escrito en lugar del proceso verbal, la apelación debe ser presentada a:

Simply Healthcare Plans, Inc.
Payment Appeals
P.O. Box 61599
Virginia Beach, VA 23466-1599

Las apelaciones escritas acompañadas de documentación de apoyo también pueden presentarse a través de la herramienta de apelación de pago en nuestro sitio web para proveedores. Al consultar sobre el estado de una reclamación, si una reclamación es considerada apelable debido a un pago parcial o no parcial, se desplegará una casilla de selección de la disputa. Una vez que selecciona esta casilla, se desplegará un formulario web para que lo complete y presente. En caso de que se completen todos los campos requeridos, inmediatamente recibirá una confirmación de su presentación.

Al usar la herramienta en línea, usted puede cargar documentación de apoyo usando la función de archivos adjuntos en el formulario web de disputas.

Simply debe recibir su apelación de pago para reconsideración, ya sea verbal o escrita, en un plazo de 120 días calendario de la fecha de pago de la *EOP* o la fecha de restitución.

Al presentar la apelación verbalmente o por escrito, necesita suministrar:

- Un listado de reclamaciones en disputa.
- Una explicación detallada del motivo para la apelación.
- Declaraciones justificadoras para apelaciones verbales y documentación de apoyo para las escritas.

Las apelaciones escritas también deben incluir una copia de la *EOP* y el *Formulario de solicitud de apelación*.

Las apelaciones verbales recibidas por el PSU son ingresadas en la base de datos de apelaciones. Las apelaciones escritas de pago son recibidas en nuestro Departamento de Administración de Documentos (DMD) y son estampadas con la fecha al ser recibidas. El DMS escanea la apelación en nuestro sistema de administración de documentos (Macess), la cual estampa la imagen con la fecha recibida y la fecha del escaneo. Una vez la disputa ha sido escaneada, es ingresada en la base de datos de apelaciones por el equipo de entrada de datos dentro del DMD.

Una vez se ingresa una apelación, es enviada en la base de datos a la unidad apropiada de apelaciones. Los asociados de apelaciones las trabajan por demanda sacando artículos con el criterio de primero que entra, primero que sale para enrutar apelaciones. El asociado de apelaciones:

- Revisará la apelación y determinará los siguientes pasos necesarios para la apelación de pago.
- Tomará una decisión final si puede con base en el problema o la enviará al (a las) área(s) funcional(es) apropiada(s) para revisión y determinación.
- Se asegurará de que se tome una decisión en un plazo de 30 días calendario de recibir la apelación de pago.
- Lo contactará mediante su método de comunicación preferido (teléfono, fax, correo electrónico o carta) y le proporcionará la información de pago, si es anulada o si los derechos adicionales de apelación son mantenidos o parcialmente mantenidos. Su método de comunicación preferido lo determina el agente de la PSU que pide esta información durante su llamada o su selección en el *Formulario de solicitud de apelación*. En caso de que no ofrezca una preferencia, se le enviará una carta.

Si sus reclamaciones siguen siendo rechazadas, parcialmente pagadas o usted continúa en desacuerdo, puede presentar una apelación por escrito de segundo nivel. No se aceptarán apelaciones verbales de segundo nivel. Debemos recibir la apelación de segundo nivel en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de la carta de decisión/resolución de primer nivel. Las apelaciones de segundo nivel recibidas después de esto serán mantenidas por presentación extemporánea y no serán consideradas para pagos adicionales. Debe presentar una disputa escrita de segundo nivel a la dirección centralizada para disputas. Un asociado de apelaciones más antiguo, o uno que no completó la revisión de primer nivel, realizará la revisión de segundo nivel. Si se presenta información adicional para apoyar el pago, se anulará el rechazo. De lo contrario, el asociado de apelaciones realizará la revisión según los pasos en el proceso de primer nivel.

Una vez se revisa la disputa para el segundo nivel, el asociado de apelaciones le informará la decisión a través de su método preferido de comunicación en un plazo de 30 días calendario de recibir la apelación de pago de segundo nivel.

Un enfermero certificado/registrado revisará las apelaciones de pago recibidas con la documentación clínica de apoyo cuando se requiere una revisión de necesidad médica. Aplicaremos los criterios clínicos establecidos a la apelación de pago. Después de la revisión, aprobaremos ya sea la disputa del pago o la enviaremos al director médico para una revisión y resolución adicional.

Si está insatisfecho con la resolución de la disputa del pago de segundo nivel, puede apelar nuestra decisión a Maximus, el proveedor de AHCA para disputas de proveedores.

Los formularios de solicitud y las instrucciones sobre cómo presentar reclamaciones están disponibles en Maximus. Para actualizaciones de la información, llame a Maximus directamente al **1-866-763-6395** y pregunte por el departamento de Proceso de Apelaciones de Florida.

13 MANEJO DE RIESGOS

El manejo de riesgos está definido como la identificación, investigación, análisis y evaluación de riesgos y la selección del método más ventajoso para corregir, reducir, o eliminar riesgos identificables.

El programa de Manejo de riesgos de Simply pretende:

- Proteger y conservar los bienes humanos y financieros, la imagen pública y la reputación del proveedor de cuidado y/o la organización de las consecuencias de riesgos asociados con los miembros, visitantes y empleados al costo más bajo razonable.
- Minimizar los incidentes de reclamaciones legales contra el proveedor de cuidado y/o la organización.
- Mejorar la calidad del cuidado médico ofrecido a los miembros.
- Controlar el costo de pérdidas.
- Mantener la satisfacción del paciente con el proveedor de cuidado y la organización.

El alcance de nuestro programa de Manejo de riesgos está en toda la organización. Cada miembro del equipo de cuidado médico tiene un papel igualmente importante que jugar en la disminución de la ocurrencia de incidentes. Todos los proveedores de cuidado, agentes y empleados de Simply tienen el deber afirmativo de informar sobre incidentes adversos o perjudiciales (potenciales o actuales) en un informe del incidente y enviarlo al personal específico para el seguimiento necesario. Las actividades del administrador de riesgos contribuirán a la calidad del cuidado médico y a un ambiente más seguro para los miembros, empleados, visitantes y propiedad, como también reducir el costo del riesgo para el proveedor y la organización.

Estas actividades están categorizadas como las dirigidas hacia la prevención de pérdidas (prepérdida) y aquellas para la reducción de pérdidas (postpérdida).

La meta principal de la actividad de prepérdida es corregir, reducir, modificar o eliminar todas las situaciones de riesgo identificables, lo que podría resultar en reclamaciones y litigios por lesión o pérdida. Esto puede lograrse al:

- Ofrecer programas de educación y capacitación en curso de manejo y prevención de riesgos.
- Participar en actividades de seguridad, revisión de utilización, evaluación de la calidad y mejoras.
- Interactuar con el personal médico para asegurar la comunicación y cooperación en el manejo de riesgos.
- Intercambiar información con organizaciones profesionales, pares y otros recursos para mejorar y actualizar el programa.
- Analizar quejas de miembros que se relacionan con el cuidado del miembro y la calidad de los servicios médicos para tendencias y patrones.

La meta principal de la actividad de postpérdida es la selección de los métodos más ventajosos para corregir riesgos identificables y control de reclamaciones. Esto puede lograrse a través de un sistema efectivo y eficiente del sistema de informe de incidentes.

Todos los empleados de Simply serán educados en el Sistema interno de informe de incidentes, el cual describe las responsabilidades de informe de incidentes e incluye la definición de incidentes adversos o perjudiciales, una copia del formulario de consulta del plan, ruta apropiada y el período de tiempo requerido para informar los incidentes al administrador de riesgos.

Su contribución y participación en el proceso de administración de la calidad enfatiza aún más la identificación de posibles riesgos en los aspectos clínicos del cuidado del miembro.

Sistema interno de informe de incidentes

El sistema interno de informe de incidentes establece la política y el procedimiento para informar la ocurrencia de incidentes adversos o perjudiciales.

Definiciones

Incidente adverso o perjudicial: una lesión de un inscrito que ocurre durante la prestación de los servicios cubiertos por el plan de atención administrada que:

- Está asociado, en todo o en parte, con la prestación del servicio en lugar de con la condición por la cual ocurrió dicha prestación de servicio.
- No es consistente con o se espera que sea una consecuencia de la prestación del servicio.
- Ocurre como resultado de una prestación de servicio para la cual el paciente no ha dado su consentimiento informado.
- Ocurre como resultado de cualquier otra acción o falta de la misma por parte del personal del proveedor.

Lesión: es cualquiera de los siguientes resultados cuando son causados por un incidente adverso:

- Muerte
- Muerte fetal
- Daño cerebral
- Daño espinal
- Desfiguración permanente
- Fractura o dislocación de huesos
- Cualquier condición que resulte en la transferencia del paciente, dentro o fuera del centro, a una unidad que proporciona un nivel de cuidado más agudo
- Cualquier condición que requiere intervención quirúrgica para corregir o controlar

Incidente crítico: eventos que afectan negativamente la salud, seguridad o bienestar de un miembro, incluyendo los siguientes:

- Abuso/negligencia/explotación
- Altercados que requieren intervención médica
- Fuga
- Escape
- Homicidio
- Enfermedad compleja
- Errores de medicamento
- Agresión sexual
- Suicidio
- Intento de suicidio
- Muerte inesperada

Responsabilidades de informes

A todos los participantes y proveedores de servicios directos, incluyendo los proveedores de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), se les exige informar sobre los incidentes adversos a Simply en un plazo de 24 horas del descubrimiento. Simply debe garantizar que todos los participantes y proveedores de servicios directos informen los incidentes adversos a la Agencia inmediatamente, pero no más de 24 horas después del incidente. El sistema de informe incluirá información sobre la identidad del inscrito y una descripción del incidente y resultados, incluyendo el estado actual del inscrito.

Simply informará de un presunto abuso, abandono y explotación de un adulto de los inscritos inmediatamente, de acuerdo con el *Capítulo 415, F.S.* Los presuntos casos de abuso, abandono y/o explotación deben notificarse a la unidad de Servicios de Protección para Adultos del estado. Los Servicios de Protección para Adultos de Florida tienen la responsabilidad de investigar las acusaciones de abuso, abandono y explotación de ancianos y personas con discapacidades.

Responsabilidades de procedimientos

- El miembro del personal del proveedor involucrado en observar o descubrir primero el incidente inusual o un miembro del personal de Simply que tenga conocimiento de un incidente es responsable por comenzar un informe de incidentes en un plazo de 24 horas del descubrimiento. Los informes serán completados totalmente en el formulario de informe del incidente y ofrecerán una descripción clara, concisa y objetiva del incidente. De ser necesario, el director del departamento involucrado en la observación de la situación de riesgo ayudará a completar el formulario.
- Los formularios de incidente serán registrados y se les estampará la fecha.
- Los asociados de Simply referirán los problemas de calidad del cuidado médico y calidad de servicio al departamento de Administración de la Calidad (QM) y este solicitará información de otros departamentos y/o proveedores.
- Un asociado del departamento Nacional de Atención al Cliente es responsable por comenzar los informes de incidentes para las quejas del miembro que se relacionan con un incidente adverso o perjudicial.
- El comité de Administración de la calidad revisará todos los informes pertinentes relacionados con la seguridad.
- El comité de Administración de la calidad, el comité médico asesor y/o el comité de revisión de pares revisará los informes pertinentes relacionados con el miembro.
- La documentación relacionada con el supuesto abuso, abandono o explotación, incluyendo el informe de este, debe mantenerse en un archivo, separado del expediente del caso del inscrito, que es designado como confidencial. Dicho archivo estará disponible para la AHCA de ser solicitado.
- La única copia de un informe del incidente del miembro será guardada en la oficina del administrador de riesgos y los informes no serán fotocopiados ni se sacarán copias en papel carbón. Se prohíbe a los empleados, proveedores y agentes colocar copias de un informe de incidente en el registro médico. Se prohíbe a los empleados, proveedores y agentes poner una nota en el registro médico haciendo referencia a la presentación de un informe de incidente.

Revisión y análisis del informe de incidentes

- El administrador de riesgos revisará todos los informes de incidentes y los analizará en busca de tendencias y patrones. Esto incluye la frecuencia, causa y gravedad de los incidentes por ubicación, proveedor y tipo de incidente.
- El administrador de riesgos tendrá acceso libre a todos los registros de médicos de organizaciones de mantenimiento o médicos del proveedor.
- Los informes de incidentes se utilizarán para crear categorías de incidentes que identifiquen los problemas.
- Una vez los problemas sean evidentes, el administrador de riesgos hará recomendaciones para las acciones correctivas tales como revisiones de procedimientos.
- Si ocurren lesiones definitivas, los casos serán categorizados usando la clasificación de codificación ICD-10-CM.
- Un informe de un incidente es un registro oficial del incidente y es privilegiado y confidencial en todos los aspectos. No se harán copias de ningún informe del incidente por ninguna razón que no sea aquellas situaciones autorizadas por la ley aplicable.

14 PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES Y REEMBOLSOS

Sitio web de Simply y línea de consultas de proveedores

Sabemos que usted necesita información precisa y actualizada para proporcionar el mejor servicio a los miembros. Puede acceder al estado de autorizaciones las 24 horas del día, los 365 días del año mediante:

- El sitio web para proveedores de Simply (www.simplyhealthcareplans.com/provider)
- El portal de Availity (<https://www.availity.com>)
- El número gratuito de la Línea de consultas de proveedores (**1-877-440-3738**)

El sitio web para proveedores de Simply ofrece una gran cantidad de recursos en línea, destacando nuestra herramienta de consultas de proveedores en línea para el estado de autorizaciones. En nuestro sitio web se pueden encontrar instrucciones detalladas para el uso de la herramienta de consultas de proveedores en línea.

Nuestro número gratuito de la Línea de consultas de proveedores está disponible para ayudarlo a revisar el estado del miembro, de la reclamación y de la autorización. Esta opción también ofrece la capacidad para ser transferido al departamento apropiado para otras necesidades tales como pedir nuevas autorizaciones, revisar el estado, buscar consejo en la administración de casos y contactar a su representante de cuenta.

Presentación oportuna de reclamaciones

Se deben presentar las reclamaciones en papel y de manera electrónica de modo que sean recibidas en el plazo de:

- Seis meses a partir de la fecha de servicio para los proveedores participantes.
- 365 días a partir de la fecha de servicio para los proveedores no participantes.

Los períodos de presentación oportuna comienzan a partir de la fecha de ser dado de alta para los servicios de paciente hospitalizado y a partir de fecha de servicio para los servicios de pacientes ambulatorios/del proveedor.

Hay excepciones para los requisitos de presentación oportuna. Estas incluyen:

- **Casos de coordinación de beneficios/subrogación:** Para casos de coordinación de beneficios/subrogación, los períodos de tiempo para presentar una reclamación comenzarán en la fecha de la resolución de la reclamación de terceros.
- **Casos donde un miembro tiene elegibilidad retroactiva:** En situaciones de inscripción en Simply con una fecha de elegibilidad retroactiva, los períodos de tiempo para presentar una reclamación comenzarán en la fecha cuando recibamos la notificación del agente de inscripción de la inscripción/elegibilidad del miembro.

Rechazaremos las reclamaciones enviadas después del plazo de presentación.

Documentación del recibo de la reclamación oportuna

La siguiente información será considerada una prueba de que una reclamación fue recibida oportunamente.

Si la reclamación es presentada:

- **Por correo de los EE. UU.:** Primera clase, se requiere acuse de recibo o por servicio de entrega de la noche; debe proporcionar una copia del registro de reclamación que identifica cada reclamación incluido en la presentación.
- **Electrónicamente:** Debe proporcionar la fecha de recibo asignada al centro de documentación de los informes de reconciliación.
- **Por fax:** Debe proporcionar prueba de la transmisión del fax.

El registro de reclamaciones que mantenga debe incluir la siguiente información:

- Nombre del reclamante
- Dirección del reclamante
- Número de teléfono del reclamante
- Número de identificación de impuesto federal del reclamante
- Nombre del destinatario
- Nombre de la compañía de seguros
- Dirección designada
- Fecha de envío por correo o entrega en mano
- Nombre del suscriptor
- Número de identificación del suscriptor
- Nombre del paciente
- Fecha(s) del servicio/ocurrencia
- Total de cargos
- Método de entrega

Causa justificada

Si una reclamación o apelación de reclamación incluye una explicación por el atraso u otra evidencia que establezca el motivo, determinaremos causa justificada basada principalmente en esa declaración o evidencia y/o si la evidencia origina una duda sobre la validez de la declaración. Nos pondremos en contacto con usted para obtener una aclaración o la información adicional necesaria para tomar una determinación de causa justificada.

La causa justificada puede ser cuando el atraso de presentar una reclamación del suministrador o proveedor se debió a:

- Error administrativo: información incorrecta o incompleta suministrada por fuentes oficiales (por ejemplo: prestadora, intermediario, CMS) al proveedor o suministrador.
- Información incorrecta suministrada por el miembro al proveedor o suministrador dando como resultado una presentación errónea con otra organización de manejo de la atención o con el estado.
- Retraso inevitable en asegurar la documentación de apoyo o evidencia requerida para la reclamación de uno o más terceros a pesar de los esfuerzos razonables hechos por el proveedor/suministrador para asegurar dicha documentación o evidencia.
- Otras circunstancias inusuales e inevitables más allá del servicio de control del proveedor que demuestre que no se podría esperar razonablemente que el proveedor o suministrador haya tenido conocimiento de la necesidad de la presentación oportuna.
- Destrucción u otros daños de los registros del proveedor o suministrador a menos que dicha destrucción u otros daños sean causados por un acto de negligencia premeditado del proveedor o suministrador.

Presentación de reclamaciones

Exhortamos la presentación de reclamaciones electrónicamente a través de Intercambio electrónico de datos (EDI). Los proveedores participantes deben presentar las reclamaciones de modo que estas sean recibidas en el plazo de seis meses a partir de la fecha del servicio y los proveedores no participantes deben presentar las reclamaciones de modo que estas sean recibidas en el plazo de 365 días a partir de la fecha del servicio.

La presentación electrónica de reclamaciones está disponible a través de:

- Availity: ID de pagador de reclamación = SEMPLY
- **Nota:** Si usa un centro de coordinación de datos, servicio de facturación o proveedor, trabaje con ellos para determinar la ID del pagador.

La guía para la presentación de reclamaciones por EDI está ubicada en www.simplyhealthcareplans.com/provider. La guía de presentación de las reclamaciones por EDI incluye información adicional relacionada con el proceso de reclamaciones de EDI.

Avisos de pago electrónico (835)

El 835 elimina la necesidad de una conciliación de pago en papel.

Use Availity para registrar y manejar cambios de cuentas ERA con estos tres sencillos pasos:

1. Inicie sesión en Availity <https://apps.availity.com/availity/web/public.elegant.login>
2. Seleccione My Providers (Mis proveedores)
3. Seleccione Enrollment Center (Centro de inscripción) y seleccione Transaction Enrollment (Inscripción de transacción)

Nota: Si usa un centro de coordinación de datos o proveedor, trabaje con ellos para el registro de ERA y para recibir sus ERA.

Contacte a Availity

Contacte a Atención al Cliente de Availity si tiene alguna pregunta al 1-800-Availity (282-4548).

Pago de reclamaciones limpias

Una reclamación limpia es una solicitud de pago por un servicio prestado por un proveedor que:

- Es enviada por el proveedor de manera oportuna.
- Es precisa.
- Es presentada en un formulario de reclamación estándar compatible con la HIPAA, incluyendo un *CMS-1500* o *CMS-1450*, o un formulario sucesor de los mismos, o el equivalente electrónico de dicho formulario de reclamación.
- Es presentada usando el formulario de nómina aprobado de vida asistida, hogar para cuidado familiar de adultos o cuidado de adultos durante el día.
- No requiere información, ajuste o alteración adicional por el proveedor o un tercero para ser procesada y pagada por Simply.

Las reclamaciones limpias son adjudicadas en un plazo de 30 días hábiles del recibo. Si Simply no adjudica la reclamación limpia dentro de los periodos especificados arriba, pagaremos todos los intereses correspondientes según lo requiere la ley.

Producimos y enviamos por correo una *EOP* cada dos semanas, la cual delinea el estado de cada reclamación que ha sido adjudicada durante la semana anterior. Al recibir la información solicitada del proveedor, debemos completar el procesamiento de la reclamación limpia en un plazo de 30 días hábiles.

Las reclamaciones en papel que se determinen que no están limpias serán devueltas al proveedor de facturación junto con una carta que establece el motivo del rechazo. Las reclamaciones electrónicas que se determinen que no están limpias serán devueltas a la ajustadora de valores contratada por Simply que presentó la reclamación.

Presentación por el sitio web

El portal de Availity ofrece una variedad de funciones en línea para ayudarle a reducir costos administrativos y ganar tiempo adicional para atención del paciente al eliminar documentación y llamadas telefónicas. Deberá inscribirse para acceder al mismo. Una vez inscrito, puede iniciar sesión en una cuenta sencilla y realizar numerosas tareas administrativas para pacientes cubiertos por Simply o por otros pagadores.

Las reclamaciones pueden ser presentadas electrónicamente a través del portal de Availity. Para obtener más información sobre Availity tal como cómo registrarse, oportunidades de entrenamiento y más, visite <https://www.availity.com> o llame al **1-800-AVAILITY (1-800-282-4548)**.

Presentación de reclamaciones en papel

Los proveedores participantes y no participantes también tienen la opción de presentar reclamaciones en papel. Utilizamos la tecnología de lectura óptica de caracteres (OCR) como parte de los procedimientos para procesar reclamaciones. La tecnología de OCR está acoplada con el módulo por imágenes para ofrecerles a los proveedores una interfaz más receptiva para procesar reclamaciones. Los beneficios incluyen:

- Tiempos de respuesta y adjudicación más rápidos.
- Disponibilidad del estado de reclamaciones en el plazo de cinco días después de recibirlas.
- Recuperación inmediata de la imagen por el personal de Simply de la información de las reclamaciones, permitiendo una respuesta más oportuna y exacta a las consultas del proveedor.

Para usar la tecnología de OCR, las reclamaciones deben presentarse en formularios originales rojos de reclamación (no los formularios blanco y negro o los fotocopiados) impresos en láser o escritos a máquina (no a mano) en un tipo de letra grande y oscura. Los proveedores participantes deben presentar un formulario *CMS-1450* o *CMS-1500 (08-05)* completado apropiadamente de modo que estos sean recibidos en el plazo de seis meses a partir de la fecha del servicio y los proveedores no participantes deben presentar los mismos formularios de modo que estos sean recibidos en el plazo de 365 días a partir de la fecha del servicio.

De acuerdo con los plazos de tiempo de implementación establecidos por los CMS y por el Comité Nacional de Reclamación Uniforme, exigimos el uso de los formularios *CMS-1500 (08-05)* y *CMS-1450* para colocar su NPI.

Los formularios *CMS-1500 (08-05)* o *CMS-1450* deben incluir la siguiente información (que cumpla con la HIPAA, según corresponda):

- Identificación del miembro
- Nombre del miembro
- Fecha de nacimiento del miembro
- Códigos de diagnóstico/códigos de ingresos ICD-10
- Fecha de servicio
- Lugar del servicio
- Descripción de los servicios proporcionados
- Cargos detallados
- Días o unidades
- Número de identificación impositiva del proveedor
- Nombre del proveedor de acuerdo con el contrato
- Número de proveedor de Simply
- NPI del proveedor de facturación, si aplica
- Identificación estatal de Medicaid
- Coordinación de beneficios/otra información del seguro
- Número de autorización/preautorización
- Otros datos exigidos por el estado

No podemos aceptar reclamaciones con alteraciones a la información de facturación. Regresaremos las reclamaciones que hayan sido alteradas con una explicación de la razón para la devolución. No aceptaremos reclamaciones de aquellos proveedores que presentan reclamaciones escritas totalmente a mano.

Las reclamaciones en papel deben ser presentadas a la siguiente dirección:

Simply Healthcare Plans, Inc.
Claims
P.O. Box 61010
Virginia Beach, VA 23466-1010

Clasificación internacional de enfermedades, descripción de la 10ma revisión (ICD-10)

A partir del 1 de octubre de 2015, el ICD-10 se convirtió en el conjunto de códigos para diagnósticos médicos y procedimientos de paciente hospitalizado de conformidad con los requisitos de la HIPAA y de conformidad con la norma emitida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos.

El ICD-10 es un sistema de codificación para diagnósticos y procedimientos avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1990. Este reemplaza a la Clasificación internacional de enfermedades, 9na revisión (ICD-9) la cual fue desarrollada en los años 70. Internacionalmente, los códigos son usados para estudiar condiciones médicas y evaluar procesos de administración de salud y clínicos. En los Estados Unidos, los códigos son el fundamento para documentar el diagnóstico y los servicios asociados proporcionados a través de entornos de atención de la salud.

Aunque a menudo usamos el término ICD-10 por sí solo, realmente hay dos partes del ICD-10:

- **Modificación clínica (CM):** El ICD-10-CM es usado para codificación de diagnósticos.
- **Sistema de codificación de procedimientos (PCS):** El ICD-10-PCS es usado para codificación de procedimientos hospitalarios en internación; esta es una variación de la referencia de la OMS y es exclusiva de los Estados Unidos.

El ICD-10-CM reemplaza a los conjuntos de códigos del ICD-9-CM, volúmenes uno y dos para codificación de diagnósticos y el ICD-10-PCS reemplaza al ICD-9-CM, volumen tres para codificación de procedimientos hospitalarios para pacientes hospitalizados.

Listas

Los centros de vida asistida, hogares para cuidado familiar de adultos y los servicios de salud diurnos para adultos pueden presentar un formulario de reclamación de la lista aprobada por Simply. El formulario de reclamación de la lista debe estar limpio, sin alteraciones y completo. Las alteraciones incluyen usar líquido corrector y tachar o escribir sobre los errores. Este formulario de reclamación de la lista debe ser enviado por fax al **1-866-779-3031**.

Datos de encuentros

Establecimos y mantenemos un sistema para recopilar datos de encuentros del miembro. Debido a las necesidades y requisitos de informes, los proveedores de la red que son reembolsados por capitación deben enviarnos los datos de encuentro por cada encuentro con el miembro. Los datos de encuentros deben ser enviados a través de métodos de presentación de EDI o en un formulario de reclamación *CMS-1500 (08-05)* a menos que aprobemos otros arreglos. Los datos serán presentados en una forma oportuna, pero a más tardar en 180 días a partir de la fecha del servicio. Los datos de encuentros incluirán lo siguiente:

- Número de identificación del miembro
- Nombre del miembro (nombre y apellido)
- Fecha de nacimiento del miembro
- Nombre del proveedor de acuerdo con el contrato
- Identificación del proveedor de Simply
- Coordinación de la información del beneficio
- Fecha del encuentro
- Código de diagnóstico
- Tipo de servicios provistos (usando los códigos y modificadores actuales del procedimiento, si aplica)
- Número de identificación impositiva del proveedor y número de identificación estatal de Medicaid

Envíe los **datos de encuentros** a la siguiente dirección:

Simply Healthcare Plans, Inc.
P.O. Box 61010
Virginia Beach, VA 23466-1010

Nuestro personal de mejoras de la utilización y la calidad monitorea el cumplimiento, coordina con el director médico e informa al comité de administración de la calidad en forma trimestral. Monitoreamos que el proveedor de atención primaria cumpla con el informe de utilización. El incumplimiento resultará en entrenamiento y auditorías de seguimiento y podría resultar en la terminación de la red.

Adjudicación de reclamaciones

Todos los reclamos de proveedores de la red y fuera de la red presentados a Simply para ser pagados serán procesados de acuerdo con el F.S. 641.3155 según la *Codificación de Reclamos Aceptadas Generalmente y las Guías de Pago*. Estas guías están diseñadas para cumplir con los estándares de la industria, según se definió en los manuales de la CPT-4, ICD-10 y la escala de valores relativos basada en los recursos (RBRVS).

Usamos un software de auditoría del código que cumple con un grupo cada vez mayor de ediciones y normas del código. Adicionalmente, esta revisión aumenta la regularidad del pago a los proveedores al asegurar que se cumplan las prácticas correctas de codificación y facturación. Una lógica sofisticada de auditoría determina la relación apropiada entre miles de códigos médicos, quirúrgicos, de radiología, de laboratorio, patología y anestesia para procesar esos servicios de acuerdo con los estándares de la industria. El software de auditoría se actualiza periódicamente para estar de acuerdo con los cambios en los estándares de codificación e incluir códigos de nuevos procedimientos y diagnósticos.

Si tiene preguntas con respecto a las ediciones que recibe en su explicación del pago, contacte a Servicios para Proveedores al **1-877-440-3738**.

Para la información apropiada de presentación, consulte las Instrucciones de los formularios de reclamación CMS-1500 y CMS-1450. No proporcionar cualquier información requerida puede resultar en el atraso del pago.

La presentación oportuna de las reclamaciones de parte de los proveedores participantes debe ocurrir en el plazo de seis meses de la fecha de servicio (180 días) y en el plazo de 365 días para los proveedores no participantes. Generalmente adjudicamos reclamaciones presentadas para pago bajo la cobertura de Simply en el plazo de 15 días de la presentación de reclamaciones limpias.

Servicios para Proveedores: 877-440-3738
<https://provider.simplyhealthcareplans.com>



Simply Healthcare Plans, Inc. es un plan de atención administrada con un contrato de Florida Medicaid.