



POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO DE SFHP

Continuidad de la atención para miembros recién inscritos y miembros afectados por la terminación de contratos con proveedores

Número de política y procedimiento:	PR-19
Departamento:	Provider Network Operations
Responsable:	Director, Provider Network Operations
Líneas de negocio y programas de cobertura afectados:	☒ Medi-Cal ☒ Medicare Advantage D-SNP ☒ Healthy Workers HMO ☐ Healthy SF ☐ City Option ☐ Todas las líneas de negocio y programas de cobertura indicados anteriormente

DECLARACIÓN DE POLÍTICA

Para garantizar la disponibilidad y la Continuidad de la Atención (COC), San Francisco Health Plan (SFHP) permite que los miembros recién inscritos soliciten la continuidad de la atención con un proveedor no participante en determinadas circunstancias. Esta política se aplica cuando un miembro recién inscrito está recibiendo un tratamiento de un proveedor que no tiene contrato con SFHP, o cuando un miembro existente está recibiendo atención por una afección que cumple los requisitos con un proveedor cuyo contrato con SFHP termina.

El objetivo final es transferir al miembro nuevo a un proveedor dentro de su grupo médico lo antes posible y de la manera más segura posible. Esta política garantiza la optimización y coordinación de la atención de los miembros, incluidos, entre otros, todos los servicios médicamente necesarios prestados tanto dentro como fuera de la red de proveedores de SFHP. Esta política se aplica a la prestación de beneficios médicos y de salud conductual, pero no se extiende a equipos médicos duraderos, transporte, otros servicios auxiliares ni servicios que no estén cubiertos por el plan de beneficios del miembro.

Para los miembros de Care Plus D-SNP, SFHP cumple con los requisitos de continuidad de la atención tanto del DHCS como del DMHC.

PROCEDIMIENTO

Se informa a los miembros recién inscritos y a los miembros existentes sobre su derecho a recibir continuidad de la atención en el documento de Evidencia de cobertura/Formulario de divulgación (EOC/DF). Se indica a los miembros que deben presentar su solicitud de continuidad de la atención al Departamento de Servicio al Cliente, ya sea verbalmente o por escrito. La solicitud por escrito debe incluir el nombre del miembro, el número de identificación, el nombre del proveedor y una descripción de los servicios que recibe actualmente.

El objetivo final de SFHP es transferir a los miembros nuevos a proveedores dentro de la red de su grupo médico lo antes posible y de la manera más segura posible, y garantizar que se tenga debidamente en cuenta el posible efecto clínico que un cambio de proveedor podría tener en el tratamiento de la afección del miembro.

I. Ingreso de solicitudes de COC: Las solicitudes de COC se reciben mediante llamadas telefónicas al Departamento de Servicio al Cliente o al Departamento de Relaciones con Proveedores, mediante solicitudes de autorización previa presentadas por proveedores no participantes o como Solicitudes de exención médica (MER) denegadas.

El Departamento de Servicio al Cliente remite las solicitudes de COC recibidas de miembros asignados a uno de los Grupos médicos delegados de SFHP que tienen delegada la gestión de utilización al Grupo médico delegado correspondiente para su procesamiento.

Las solicitudes de MER para proveedores no participantes se procesan como solicitudes de COC. Los requisitos adicionales para las MER se encuentran en PR-22: miembros con una Solicitud de exención médica o una Solicitud de exención por cancelación de la inscripción de emergencia denegada.

II. Procesamiento de las solicitudes de COC: SFHP comienza a procesar las solicitudes de COC dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud. Las solicitudes de COC recibidas mediante una llamada telefónica al Departamento de Servicio al Cliente se ingresan en el sistema de Administración de la Atención de SFHP para remitirlas al área correspondiente. Cada solicitud de COC se completa dentro de los siguientes plazos:

- A. 30 días calendario a partir de la fecha en que SFHP recibió la solicitud;
- B. 15 días calendario si el estado de salud del beneficiario requiere atención más inmediata, como en el caso de citas próximas u otras necesidades de atención urgentes; o
- C. Tres (3) días calendario si existe riesgo de daño para el beneficiario.

Cuando las solicitudes de COC se reciben mediante llamadas telefónicas, Operaciones de la Red de Proveedores (PNO) se comunica con el proveedor no participante y determina si está dispuesto a continuar brindando atención al miembro. Si el proveedor no participante está dispuesto a continuar atendiendo al

miembro, PNO ayuda al proveedor a presentar una solicitud de autorización previa a Operaciones Clínicas.

III. Miembros de Medi-Cal recién inscritos que se transfieren de otros programas de Medi-Cal (DHCS COC): los miembros que tienen asignado un código de ayuda que exige la transición a la atención administrada tienen derecho a continuar el tratamiento con un proveedor fuera de la red hasta 12 meses después de inscribirse en la atención administrada, siempre que se cumplan todas las siguientes condiciones:

- A. El miembro tiene una relación existente con el proveedor fuera de la red o tiene una cita programada con dicho proveedor. Una “relación existente” significa que el miembro ha consultado al proveedor al menos una vez por una visita que no sea de emergencia durante los 12 meses anteriores a la inscripción en la atención administrada.
- B. El proveedor está dispuesto a aceptar la tarifa estándar de contrato de SFHP o las tarifas de Medi-Cal FFS, la que sea mayor.
- C. El proveedor no presenta problemas de calidad de la atención que lo descalifiquen.
- D. El proveedor está inscrito en el programa de Medi-Cal.
- E. El proveedor acepta proporcionar a SFHP toda la información pertinente sobre el tratamiento.

Para las solicitudes de COC aprobadas, Operaciones Clínicas notifica al miembro 30 días calendario antes de que finalice el período de COC sobre el proceso que se llevará a cabo para transferir su atención al finalizar dicho período de COC.

Una solicitud de COC de este tipo se considera completa o cerrada cuando ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- A. Se cumplen las condiciones anteriores y se informa al miembro sobre su derecho a continuar recibiendo atención;
- B. SFHP y el proveedor no participante no pueden llegar a un acuerdo sobre la tarifa;
- C. SFHP ha documentado problemas de calidad de la atención que descalifican al proveedor; o
- D. SFHP realiza un esfuerzo de buena fe para comunicarse con el proveedor no participante y este no responde durante 30 días calendario.

IV. Miembros con una afección que cumple los requisitos (DMHC COC): un miembro recién inscrito de Medi-Cal o Healthy Workers HMO, o cualquier miembro existente de estos programas que esté recibiendo servicios de un proveedor cuyo contrato termina, puede solicitar continuar recibiendo servicios cubiertos si, al momento de la inscripción del miembro en SFHP o al momento de la terminación del contrato del proveedor, el miembro estaba recibiendo servicios de dicho proveedor por una de las siguientes afecciones:

- A. Una afección aguda: los servicios se proporcionan durante el tiempo que dure la afección aguda.

- B. Una afección crónica grave: los servicios cubiertos se proporcionan durante el período necesario para completar un tratamiento y coordinar una transferencia segura a otro proveedor de acuerdo con las buenas prácticas profesionales, según lo determine SFHP en consulta con el miembro y el proveedor no participante. Los servicios cubiertos no se proporcionarán por más de 12 meses a partir de la fecha de entrada en vigor de la inscripción o de la fecha de terminación del contrato del proveedor.
- C. Embarazo: los servicios se proporcionan durante todo el embarazo y durante el período posparto inmediato de 12 meses.
- D. Afección de salud mental materna: los servicios se proporcionan hasta 12 meses a partir del diagnóstico o del final del embarazo, lo que ocurra más tarde.
- E. Enfermedad terminal: los servicios se proporcionan durante el tiempo que dure la enfermedad terminal y pueden superar los 12 meses.
- F. Atención de un recién nacido durante los primeros 36 meses, si el recién nacido es el miembro: los servicios no se proporcionan por más de 12 meses a partir de la fecha de entrada en vigor de la inscripción del miembro (recién nacido) o de la fecha de terminación del contrato del proveedor.
- G. Un servicio cubierto autorizado: previamente autorizado como parte de un tratamiento documentado y recomendado y documentado por el proveedor para realizarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha de entrada en vigor de la inscripción del miembro en SFHP o dentro de los 180 días posteriores a la fecha de terminación del contrato del proveedor.

V. Período de COC: si un miembro califica tanto para DHCS como para DMHC COC, el período de COC será el más prolongado de los dos plazos.

VI. Revisión de las solicitudes de autorización previa para COC: el personal del Departamento de Operaciones Clínicas revisa las solicitudes de autorización previa para COC de acuerdo con las políticas y procedimientos de Operaciones Clínicas y toma una determinación basándose en las indicaciones médicas y los posibles efectos clínicos de terminar la relación entre el miembro y el proveedor no participante. Para los miembros de Medi-Cal, los servicios autorizados por otra entidad de Medi-Cal se consideran aprobados por SFHP durante los primeros 90 días de elegibilidad con SFHP, sin necesidad de presentar una nueva *solicitud* a SFHP. El miembro o el proveedor debe proporcionar a Operaciones Clínicas una copia de la autorización, y SFHP puede verificar la autenticidad de la autorización, a su discreción. Los servicios de COC que continúen después de los primeros 90 días de elegibilidad requieren una nueva evaluación por parte de SFHP mediante una nueva *solicitud* de autorización. Operaciones Clínicas solo aprueba las solicitudes de continuación de servicios que, de otro modo, serían servicios cubiertos conforme a los términos del programa de beneficios del miembro. Las solicitudes de COC retroactivas son revisadas por Operaciones Clínicas para determinar su necesidad médica y Reclamos realiza el pago correspondiente. Los miembros reciben por escrito la notificación de la decisión de SFHP.

- VII. Proceso de LOA:** una vez recibida una solicitud de autorización previa, Operaciones Clínicas la procesa de acuerdo con el proceso descrito en CO-22: Solicitudes de Autorización, junto con los requisitos adicionales de COC que se describen a continuación. Si el proveedor no participante no tiene un acuerdo vigente con SFHP, Operaciones Clínicas inicia el proceso de Carta de Acuerdo (LOA) correspondiente. El proveedor no participante debe:
- A. aceptar las tarifas de SFHP o Medi-Cal, la que sea mayor, durante el período de COC;
 - B. no tener problemas de calidad de la atención según el proceso estándar de acreditación de SFHP o del Grupo Médico; y
 - C. cumplir una de las siguientes condiciones:
 - 1. Para las solicitudes de DHCS COC: haber tenido una cita con el miembro durante los 12 meses anteriores a la inscripción del miembro en SFHP; o
 - 2. Para las solicitudes de DMHC COC: haber estado prestando servicios por una de las afecciones indicadas anteriormente (en la sección 4) al momento de la terminación del contrato del proveedor o de la inscripción del miembro en SFHP.

Si se cumplen las tres (3) condiciones anteriores, Contratos puede celebrar una LOA con el proveedor no participante. Es posible que no se necesite una LOA si el proveedor no participante acepta las tarifas de Medi-Cal.

Si no se cumple alguna de las condiciones anteriores, Servicio al Cliente ayuda al miembro a transferir su atención a proveedores dentro de la red.

El proveedor no participante está sujeto a los mismos términos y condiciones contractuales que se exigen a todos los proveedores contratados no capitados de SFHP que prestan servicios similares, incluidos, entre otros, los requisitos de acreditación, privilegios hospitalarios, actividades de mejora de la calidad, revisión por pares y gestión de utilización. Las determinaciones de gestión de utilización se documentan por escrito o en un sistema de seguimiento en línea personalizado y se conservan en un lugar seguro. Las solicitudes de servicios se supervisan de conformidad con los requisitos del Department of Health Care Services (DHCS), Department of Managed Health Care (DMHC) y el National Committee for Quality Assurance (NCQA), así como con el proceso CO-22 de Operaciones Clínicas de SFHP. Si el proveedor no participante no acepta cumplir estos términos y condiciones contractuales, o no los cumple, SFHP no permite la continuidad de los servicios del proveedor.

Los Contratos y el proveedor no participante acuerdan por escrito y con anticipación a la continuación de los servicios un método de pago para los servicios que continúen. Las tarifas de pago son similares a las utilizadas por SFHP para proveedores actualmente contratados que prestan servicios similares y que no reciben pagos capitados. Si SFHP y el proveedor no pueden llegar a un acuerdo sobre las condiciones de pago, SFHP no permite la continuidad de los servicios del proveedor.

VIII. Costo compartido del miembro: el monto y el requisito de pago de copagos, deducibles u otros componentes de costos compartidos durante el período de finalización de los servicios cubiertos por el proveedor no participante serán los mismos que pagaría el miembro si recibiera atención de un proveedor de SFHP.

IX. Servicios de farmacia de COC: consulte la política y el procedimiento “Pharm-02: Pharmacy Prior Authorization” para los aspectos relacionados con COC correspondientes a los beneficios de farmacia.

MONITOREO

Una vez al mes, Operaciones Clínicas genera un informe (“Informe de Transición de COC”) de los miembros de Medi-Cal que reciben COC y cuyo período de COC está próximo a finalizar. Operaciones Clínicas envía una carta a dichos miembros para ayudarlos a transferir su atención a proveedores dentro de la red.

Una vez al mes, Contratos genera un informe (“Informe de Seguimiento de Proveedores de COC”) de todos los miembros que se comunicaron con el Departamento de Servicio al Cliente para solicitar COC, a fin de garantizar que el proveedor no participante haya presentado una solicitud de autorización para los servicios solicitados. Contratos realiza un seguimiento con los proveedores no participantes que aún no hayan presentado una solicitud de autorización previa para los servicios solicitados por el miembro.

Las políticas de los grupos médicos que tienen delegada la gestión de utilización se revisan mediante auditorías anuales realizadas por los equipos de Operaciones Clínicas y Supervisión de Delegaciones. En caso de que un grupo médico no cumpla con los requisitos, el Equipo de Supervisión de Delegaciones o la persona designada notifica al grupo médico por escrito que se requiere una medida correctiva, de conformidad con el proceso descrito en PR-20: Implementación de planes de medidas correctivas.

DEFINICIONES

Afección aguda: Un problema médico que incluye un aparecimiento repentino de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención inmediata y que tiene duración limitada.

Afección crónica grave: una afección médica causada por una enfermedad, padecimiento, otro problema médico o trastorno médico que es grave por naturaleza y que persiste sin curarse por completo, empeora durante un período prolongado o requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir el deterioro.

Afección de salud mental materna: una afección de salud mental que puede afectar a una mujer durante el embarazo, durante el período perinatal o posparto, o que surge durante el embarazo, en el período perinatal o posparto, hasta un año después del parto.

Atención de un niño recién nacido: entre el nacimiento y los 36 meses.

Carta de Acuerdo (LOA): un documento jurídicamente vinculante utilizado para establecer los términos de un acuerdo de servicios entre dos partes.

Embarazo: los tres trimestres del embarazo y el período posparto inmediato.

Enfermedad terminal: una afección incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de causar la muerte en un plazo de un año o menos.

Grupo médico delegado: un grupo médico contratado que actúa en nombre de SFHP. El grupo médico tiene autoridad para llevar a cabo funciones que, de otro modo, realizaría SFHP. Esta autoridad incluye el derecho a decidir qué hacer y cómo hacerlo, dentro de los parámetros acordados por SFHP y el grupo médico.

Proveedor no participante: un proveedor que no tiene un contrato vigente con San Francisco Health Plan SFHP para prestar servicios conforme al contrato del plan del miembro.

Proveedor: un grupo médico, clínica o profesional individual que los miembros pueden seleccionar o al que pueden ser asignados para recibir servicios de atención primaria. Proveedor también incluye un hospital en el que se requiere que un miembro reciba servicios hospitalarios como parte de una relación de red con el grupo médico, clínica o profesional individual asignado o seleccionado por el miembro.

DEPARTAMENTOS/PARTES AFECTADOS

Asuntos Regulatorios y de Cumplimiento
Supervisión de Delegaciones
Servicios de Salud – Operaciones Clínicas
Servicios de Salud – Mejora de los Resultados de Salud
Operaciones – Servicio al Cliente
Operaciones – Gestión de la Elegibilidad de los Miembros

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS Y OTROS DOCUMENTOS RELACIONADOS

1. CO-22: Solicitudes de autorización
2. CT-01: Cartas de acuerdo
3. PR-18: Terminación de contratos con grupos médicos u hospitales (Transferencias en bloque)

4. PR-22: Miembros con una Solicitud de exención médica o una Solicitud de exención por cancelación de la inscripción de emergencia denegada
5. Manual del proveedor de SFHP

HISTORIA DE REVISIONES

Fecha de entrada 2/12/2015

en vigencia:

Fecha(s) de 2/13/2019; 04/22/2020, 19 de mayo de 2022, 15 de diciembre de
revisión: 2022; 23 de enero de 2025; 21 de agosto de 2025

REFERENCIAS

1. Secciones 1373.95 y 1373.96 del Código de Salud y Seguridad
2. Contrato DHCS/SFHP, Anexo A, Adjunto III, Secciones 4.3 (Gestión de la Salud de la Población y Coordinación de la Atención) y 5.2 (Red y Acceso a la Atención)
3. Enmienda del SPD, abril de 2011
4. DHCS APL 23-022: Continuidad de la atención para los beneficiarios de Medi-Cal que se inscriben por primera vez en la atención administrada de Medi-Cal provenientes de Medi-Cal de pago por servicio, a partir del 1 de enero de 2023