

Nombre:	Transición de Atención
Fecha de Origen:	10/20/2021
Fecha de Entrada en Vigor:	12/06/2023
Fecha Programada de Revisión:	12/06/2024

I. Política

Capitol Dental Care (CDC) está comprometido con la transición fluida de la atención para sus miembros. La transición de atención ocurre cuando un miembro es inscrito de inmediato en una organización de atención coordinada (CCO) después de haber sido desinscrito de otra CCO o del servicio de tarifa por servicio (FFS) de Medicaid, según lo establecido en OAR 410-141-3061.

Aplicable a CDC, un miembro en tal circunstancia también podría estar cambiando de una organización de atención dental (DCO) a otra. Las CCO de los miembros recién inscritos, las CCO receptoras, son responsables de la identificación de miembros que necesitan integración y coordinación de atención (OAR 410-141-3160) y servicios intensivos de coordinación de atención (OAR 410-141-3170), así como de la provisión de ambos servicios según corresponda.

Cuando CDC recibe información de una CCO de que uno de sus nuevos miembros requiere una transición de atención, CDC se compromete a tomar las medidas adecuadas para garantizar que la atención del miembro sea sostenida, coordinada e ininterrumpida durante la transición, es decir, que haya acceso continuo a la atención.

Específicamente, CDC honrará los servicios autorizados previamente de la DCO anterior para el miembro hasta que CDC pueda desarrollar un plan de atención basado en evidencia, apropiado dentalmente.

A menudo, el cambio de CCO de un miembro puede derivarse de una inestabilidad de vivienda. La vivienda es un componente crítico para la salud general, y CDC no tomará ninguna acción que pueda inhibir a un miembro de cambiar su situación de vivienda según sea necesario. Es decir, CDC no proporcionará ninguna barrera para el acceso en su manejo de miembros que requieran una transición de atención.

II. Procedimiento

CDC proporcionará servicios de transición de atención a los miembros que las CCO identifiquen como necesarios, de acuerdo con OAR 410-141-061(3).

III. Actividad de Revisión

Fecha de Modificación/Revisión	Cambio o Revisión	Fecha Efectiva
12/07/2022	Revisión	12/07/2022
12/06/2023	Revisión	12/06/2023

Período de Transición

El período de transición durará (lo que ocurra primero):

- 30 días o
- hasta que el dentista de atención primaria (PCD) del miembro revise el plan de tratamiento del miembro, lo que ocurra primero.

Para los miembros que son elegibles tanto para los servicios de Medicare como para Medicaid, el período de transición durará 90 días.

Acceso Continuo a la Atención

Durante el período de transición, CDC garantizará acceso continuo a:

- atención previamente autorizada y
 - CDC no retrasará la autorización del servicio si la documentación escrita de la autorización previa no está disponible de manera oportuna.
 - En tales casos, CDC aprobará reclamos para los cuales no haya recibido documentación escrita durante el período de transición como si los servicios estuvieran previamente autorizados.
- acceso al proveedor anterior del miembro (si así lo desea el miembro)
excepto por lo siguiente:
 - después de que se haya completado el curso mínimo o autorizado de tratamiento recetado;
 - si el PCD determina que el tratamiento ya no es médicamente necesario;

No obstante, para los miembros en las siguientes circunstancias, CDC continuará todo el curso de tratamiento con el proveedor anterior del miembro:

- cuidado prenatal y postparto
- recetas con un curso mínimo de tratamiento definido que exceda el período de transición como se describe anteriormente

El tratamiento completado con proveedores no participantes será reembolsado. de acuerdo con OAR 410-120-1295, a no menos de las tarifas de FFS.

CDC seguirá todos los protocolos de autorización de servicio delineados en OAR 410-141-3225 y proporcionará al miembro un aviso por escrito de cualquier decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio o de autorizar un servicio en una cantidad, duración o alcance menor al solicitado o al reducir una autorización de servicio previamente autorizada. El aviso cumplirá con los requisitos de 42 CFR 438.404 y OAR 410-141-3240.

Documentación

La documentación pertinente será obtenida de otras DCO según sea necesario, así como de proveedores anteriores con el consentimiento del miembro cuando sea necesario.

En el caso de que CDC sea la DCO anterior (no la DCO receptora) de un miembro que ahora requiere una transición de atención, CDC cumplirá con las solicitudes de datos completos de utilización histórica para el miembro dentro de los 21 días calendario a partir de la recepción de tales solicitudes, incluyendo lo siguiente:

- autorizaciones previas actuales y/o pedidos preexistentes,
- autorizaciones previas para cualquier servicio prestado en los últimos 24 meses,
- lista de todas las recetas activas

Esta información se proporcionará de acuerdo con la Norma de Privacidad de HIPAA.

IV. Historial de Versiones

Fecha	Descripción	Fecha de Entrada en
11/1/2019	Creación	11/1/2019
10/11/2021	Revisión	10/20/2021