



PARA PROPORCIONAR ATENCIÓN DE CALIDAD

Como nuestro valorado proveedor, su capacidad para servir a nuestros afiliados es de suma importancia. Todos en Ambetter de Magnolia Health estamos listos para brindarle información que le ayude a proporcionar la mejor atención posible. Esta información forma parte de nuestro programa de Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement; QI) diseñado para abordar tanto la calidad como la seguridad de los servicios que brinda a sus pacientes y nuestros afiliados.

ENCUESTA ANUAL CAHPS

La encuesta Evaluación de los Proveedores y Sistemas de Atención de la Salud por parte del Consumidor (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems; CAHPS) brinda a sus pacientes la oportunidad de reportar cuán satisfechos están con la atención de la salud que se les suministra, lo cual incluye la experiencia que tienen con sus proveedores y su plan de salud. Las puntuaciones de la encuesta CAHPS se ponen a disposición del público y pueden determinar si los pacientes y afiliados eligen quedarse con su proveedor o plan de salud o si buscan obtener su atención en otro lugar. Las encuestas se envían a nuestros afiliados de febrero a junio.

ENCUESTA ANUAL DE SATISFACCIÓN DE LOS PROVEEDORES

Usted es esencial para brindar a nuestros afiliados una atención de salud de la más alta calidad y su satisfacción también es importante para nosotros. Por ende, usamos la Encuesta de Satisfacción de los Proveedores anual para determinar cómo es la experiencia que le brinda el plan de salud. En Magnolia Health revisamos los resultados de esta encuesta y los usamos en forma clave para ayudarnos a mejorar la experiencia de los proveedores, así que por favor asegúrese de completar la encuesta, si es que recibe una, el cuarto trimestre.

DERECHOS DE ACREDITACIÓN DE PROVEEDORES

Durante el proceso de acreditación, en Magnolia obtenemos información de diversas fuentes para evaluar su solicitud. Es clave asegurar la veracidad de esta información, de manera que por favor revísela y proporcione toda corrección de la información lo antes posible. También tiene el derecho de revisar el estado de su solicitud de acreditación o re-acreditación en cualquier momento llamando al Representante de Interacción con los Proveedores de su plan de salud.

DIRECTORIO DE PROVEEDORES Y EL ACCESO CONTINUADO A LA ATENCIÓN

Si su dirección o número telefónico cambian, o si ya no puede aceptar pacientes nuevos o va a salirse de la red, por favor notifique a Magnolia lo antes posible para que podamos actualizar nuestro Directorio de Proveedores. Tener acceso a información certera de los proveedores es de vital importancia para nuestros afiliados y deseamos trabajar juntos para asegurar que los afiliados de Ambetter de Magnolia Health tengan continuidad en su atención.



ADMINISTRACIÓN DE LA UTILIZACIÓN

Las decisiones de la Administración de la Utilización (Utilization Management; UM) se basan únicamente en lo apropiado de la atención y del servicio y en la existencia de cobertura.

Ambetter de Magnolia Health no recompensa a proveedores, profesionales del campo médico ni a otras personas por denegar cobertura o atención y no ofrece incentivo financiero alguno que les anime a tomar decisiones que generen una subutilización. Las denegaciones se basan en la ausencia de necesidad médica o del beneficio cubierto. Se usan los criterios reconocidos nacionales (como InterQual o MCG), si están disponibles para la solicitud de servicio específica, sin criterios adicionales (por ejemplo, políticas clínicas/médicas) que se hayan desarrollado internamente, mediante un proceso que incluye una revisión de la evidencia científica y las aportaciones de especialistas relevantes.

Al enviarnos la información clínica completa junto con la solicitud correspondiente a un servicio o tratamiento, nos ayudará a tomar decisiones de Administración de la Utilización apropiadas y oportunas. Cuando se le notifique de una determinación adversa, puede hablar con un médico u otro revisor apropiado sobre cualquier decisión de denegación emitida por la Administración de la Utilización. También puede solicitar los criterios de Administración de la Utilización pertinentes en relación con una solicitud de autorización específica o con cualquier otra solicitud relacionada con la Administración de la Utilización comunicándose con el departamento de Administración de la Utilización del plan de salud.

TRANSICIÓN A OTRO TIPO DE ATENCIÓN

Proporcionar atención de calidad a nuestros afiliados incluye ayudar a los adolescentes a hacer la transición a un proveedor de atención para adultos. Si usted o uno de sus pacientes necesitan ayuda para encontrar a un proveedor de atención primaria o especialista para adultos, comuníquese con Magnolia Health o consulte la información que se encuentra en el Manual para Proveedores. Podemos ayudar a localizar un proveedor de atención para adultos dentro de la red o a disponer la atención, si fuera necesario.

FARMACIA

El formulario/la Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List; PDL) del plan de salud se basa en los beneficios del plan y se actualiza regularmente. Si considera que un medicamento amerita ser añadido a la Lista de Medicamentos Preferidos, puede presentar una solicitud usando el formulario Solicitud de Cambio en el Formulario (Formulary Change Request). La Lista de Medicamentos Preferidos actual, que incluye información acerca de los medicamentos cubiertos, las restricciones, los requisitos para las autorizaciones previas, las limitaciones, etc., se encuentra en el sitio de Internet del plan de salud.



ACCESO A LA ADMINISTRACIÓN DE CASOS

Nuestro equipo de Administración de la Atención está a disposición de los afiliados que puedan beneficiarse de un mayor nivel de coordinación de los servicios. El equipo está disponible para asistir y apoyar a los proveedores que tengan problemas con afiliados, que incluyen la no adherencia a los medicamentos/consejo médico, múltiples comorbilidades complejas o el suministro de orientación cuando reciben un diagnóstico nuevo.

El equipo de administración de la atención ayuda a los afiliados a:

- Alcanzar la salud, capacidades funcionales y calidad de vida óptimas mediante una mejor administración de su padecimiento o condición.
- Determinar qué beneficios y recursos tienen a su disposición y a accederlos.
- Crear metas y coordinarse con familiares, proveedores y organizaciones de la comunidad para alcanzar estas metas.
- Facilitar el que reciban los servicios apropiados en el entorno adecuado.

La intervención temprana es esencial para maximizar las opciones de tratamiento y minimizar las posibles complicaciones asociadas con enfermedades, lesiones o condiciones crónicas. Ambetter cuenta con múltiples avenidas para remitir afiliados a la Administración de Casos Complejos, las cuales incluyen la Administración Médica, la remisión a la planeación de Dada de Alta y las opciones de remisión de afiliados o cuidadores y profesionales del campo médico. Puede remitir afiliados directamente al programa de Administración de la Atención en cualquier momento llamando al plan de salud o iniciando una remisión en el Portal para Proveedores.

NORMAS DE ACCESO A CITAS

Cada año, Ambetter de Magnolia Health evalúa la disponibilidad de citas de los proveedores de atención primaria, especialistas y profesionales del campo médico de salud conductual. Existen normas establecidas para cada tipo de citas (atención de rutina, visitas de urgencia/para tratar enfermedades, etc.) y tipo de profesionales del campo médico. Por favor, consulte el Manual para Proveedores para ver las expectativas de la rapidez con la que nuestros afiliados debieran poder obtener una cita.



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS

Se espera que los proveedores respeten los derechos de los afiliados, a quienes se les informa de sus derechos y responsabilidades en el manual para los afiliados.

Los derechos de los afiliados incluyen, entre otros:

- Recibir todo servicio que proporcione el plan de salud.
- Que se les trate con dignidad y respeto.
- Saber que sus registros médicos se mantendrán en forma privada, de conformidad con las leyes estatales y federales y las políticas del plan de salud.
- Poder ver sus registros médicos.
- Poder recibir información en un formato diferente, de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.

Las responsabilidades de los afiliados incluyen:

- Comprender sus problemas de salud e informar a sus proveedores de atención de la salud si no entienden su plan de tratamiento o lo que se espera de ellos.
- No faltar a sus citas programadas y llamar al consultorio médico siempre que sea posible si van demorados o necesitan cancelar.
- Presentar su tarjeta de identificación de afiliación en sus citas.
- Seguir los planes de tratamiento y las instrucciones de atención a los que se han comprometido en relación con su atención de la salud.

Por favor, consulte el Manual para Proveedores para ver la lista completa de derechos y responsabilidades.