



T1017: Gestión de Casos Dirigida (GCD)

Temas a tratar:



- GCD 101
 - ¿Qué es GCD?
 - Proveedores elegibles
 - Límites de carga de casos
- Elegibilidad y certificación del beneficiario
 - Apéndices I y J
 - Excepciones (Apéndice L)
- Evaluaciones

Regla 59G-4.199: Gestión de Casos Dirigida en Salud Mental
(vigente desde el 2/1/2008)

- Planes de servicio
- Servicios cubiertos
- Programa psiquiátrico estatal de internamiento (PPEI)
- Restricciones / Servicios no cubiertos
- Requisitos de documentación
- Información de reembolso
- Ejemplo de autorización

GCD 101



Gestión de casos dirigida en salud mental para adultos y niños	<p>Los servicios de gestión de casos dirigida en salud mental para adultos y niños ayudan a los beneficiarios a obtener acceso a los beneficios financieros y de seguros necesarios, empleo, servicios médicos, sociales y educativos, evaluación de habilidades funcionales y necesidades, y otros servicios. Estos servicios de apoyo incluyen trabajar con el beneficiario y su sistema de apoyo natural para desarrollar e implementar el plan de servicios del beneficiario. También incluyen el seguimiento para determinar el estado de los servicios del beneficiario y la efectividad de las actividades relacionadas con la implementación exitosa del plan de servicios, con el objetivo de mejorar la inclusión del beneficiario en la comunidad.</p>
---	---

Un solo coordinador de casos por beneficiario	<p>Un beneficiario en el grupo objetivo de salud mental infantil o de adultos solo puede tener un coordinador de casos dirigido a la vez, excepto en las situaciones descritas a continuación.</p>
--	--

Excepciones a un solo coordinador de casos por beneficiario	<p>Un beneficiario puede tener más de un coordinador de casos cuando se cumpla una de las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El beneficiario es referido por el proveedor contratado de gestión de utilización de Medicaid para la certificación de 30 días y la oficina regional de Medicaid asigna un coordinador de casos diferente con fines de consulta, revisión por pares y planificación de servicios. • El coordinador de casos habitual del beneficiario no está disponible. La razón de la sustitución debe documentarse en el expediente. • El beneficiario ha sido certificado y está recibiendo servicios de equipo de gestión intensiva de casos para adultos. • El beneficiario es un joven en transición de 18 a 22 años.
--	---

- La gestión de casos dirigida debe proporcionarla un coordinador de casos de salud conductual certificado (CCSCC), acreditado por la Junta de Certificación de Florida (FCB, por sus siglas en inglés) u otra entidad acreditadora.
- Los gestores de casos deben estar supervisados por un supervisor de coordinadores de casos de salud conductual certificado (SCCSCC), acreditado por la FCB u otra entidad acreditadora.

Limitaciones de carga de casos	<p>Las cargas máximas promedio son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación de casos dirigida en salud mental infantil: 20 beneficiarios por cada coordinador de casos dirigido. • Coordinación de casos dirigida en salud mental de adultos: 40 beneficiarios por cada coordinador de casos dirigido. <p>Si un coordinador de casos de salud mental tiene una carga combinada, un niño cuenta como dos casos. El coordinador de casos debe estar certificado para atender ambos grupos objetivos.</p>
---------------------------------------	---

Elegibilidad y certificación del beneficiario

La certificación (apéndice I o J, según corresponda) deben firmarla y colocarle la fecha **AMBOS**: CCSCC y SCCSCC dentro de los 30 días desde la fecha inicial del servicio.

Debe actualizarse al menos cada 6 meses.

La justificación de elegibilidad debe documentarse en el expediente del caso



El proveedor es responsable de garantizar la elegibilidad continua

Si cambian las circunstancias y el beneficiario ya no cumple los criterios, Medicaid dejará de reembolsar GCD.

Apéndice I – GCD para menores

APÉNDICE I
CERTIFICACIÓN PARA NIÑOS
COORDINACIÓN DE CASOS DIRIGIDA EN SALUD MENTAL PARA NIÑOS

Nombre del niño _____

Por la presente se certifica que cumple con todos los siguientes criterios para la coordinación de casos dirigida en salud mental infantil:

1. Está inscrito en una población objetivo de salud mental infantil del Departamento de Niños y Familias.
2. Presenta una discapacidad de salud mental (es decir, alteración emocional grave o alteración emocional) que requiere defensa y coordinación de servicios para mantener o mejorar su nivel de funcionamiento.
3. Requiere servicios para ayudarlo a alcanzar la autosuficiencia y satisfacción en los entornos de vida, aprendizaje, trabajo y sociales de su elección.
4. Carece de un sistema de apoyo natural con la capacidad de acceder a los entornos médicos y sociales necesarios de su elección.
5. Requiere asistencia continua para acceder o mantener de forma consistente la atención necesaria dentro del sistema de prestación de servicios.
6. Presenta una discapacidad de salud mental (es decir, alteración emocional grave o alteración emocional) cuya duración, según el juicio profesional, será de al menos un año.
7. Se encuentra en un entorno de salud mental fuera del hogar o en riesgo documentado de estar en un entorno de salud mental fuera del hogar.
8. No está recibiendo servicios duplicados de coordinación de casos por parte de otro proveedor; o
9. Ha sido trasladado desde un distrito o región del Departamento de Niños y Familias donde recibía servicios de coordinación de casos dirigida en salud mental.

Coordinador de casos

Fecha

Supervisor del coordinador de casos

Fecha

- Colocación en salud mental fuera del hogar
 - CSU (unidad de estabilización de crisis)
 - BH RTC (tratamiento residencial)
 - PPEI
- Servicios duplicados de coordinación de casos
 - Cualquier programa de coordinación de casos (no solo GCD)
- Reubicación
 - Solo aplicable a certificación inicial



Apéndice I – GCD para menores



- Niño: desde el nacimiento hasta 17 años
- Al momento de admisión a GCD deben tener un diagnóstico de salud mental elegible
 - › *Nota: trastorno de adaptación, TEA, trastorno por uso de sustancias y trastornos de personalidad NO son diagnósticos primarios elegibles*
- TAMBIÉN deben requerir defensa y coordinación de servicios relacionados con el diagnóstico
- Si ya están vinculados adecuadamente a servicios, NO cumplen criterios
 - › Excepto si existen obstáculos significativos para asistir o beneficiarse del tratamiento
 - › Ejemplo: requieren intervención por ausencias frecuentes o dificultades de asistencia
- Si tienen apoyo adecuado para acceder a servicios, NO cumplen criterios

Excepciones de elegibilidad

Excepciones a los requisitos de elegibilidad del beneficiario	<p>Los siguientes beneficiarios de Medicaid pueden recibir coordinación de casos dirigida en salud mental por un máximo de 30 días, sin cumplir con los criterios de elegibilidad de un grupo objetivo específico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un beneficiario que haya sido referido por el proveedor contratado de servicios de gestión de utilización de Medicaid después de una admisión negada o alta de una unidad de hospitalización psiquiátrica.• Un beneficiario que haya sido admitido en una unidad de hospitalización psiquiátrica.• Un beneficiario que haya sido identificado por el proveedor contratado de servicios de gestión de utilización de Medicaid como de alto riesgo.
--	--

Criterios de certificación para beneficiarios	<p>La oficina regional de Medicaid debe certificar que el beneficiario cumple con uno de los tres criterios mencionados en la página anterior.</p>
Servicios más allá de 30 días	<p>Si se determina que el beneficiario requiere coordinación de casos dirigida en salud mental por más de 30 días, el beneficiario debe ser certificado para un grupo objetivo específico y debe recibir los servicios conforme a la política establecida. Medicaid no reembolsará los servicios de coordinación de casos dirigida en salud mental más allá del período de 30 días, a menos que el beneficiario esté certificado para uno de los tres grupos objetivo.</p>

- Debe completarse el Apéndice L

APÉNDICE L CERTIFICACIÓN DE MEDICAID DE 30 DÍAS COORDINACIÓN DE CASOS DIRIGIDA EN SALUD MENTAL PARA NIÑOS O ADULTOS	
Nombre del beneficiario: _____	
Fecha de nacimiento: _____ Número de Medicaid: _____	
Por la presente se certifica que cumple con los siguientes criterios:	
El beneficiario ha sido referido por el servicio de gestión de utilización de Medicaid después de una admisión negada o alta de una unidad de hospitalización psiquiátrica; o	
El beneficiario ha sido admitido en una unidad de hospitalización psiquiátrica y ha sido identificado por el servicio de gestión de utilización de AHCA como de alto riesgo.	
Esta certificación tiene una vigencia de 30 días. Para recibir reembolso de Medicaid por servicios más allá de 30 días, el beneficiario debe ser considerado elegible para coordinación de casos dirigida en salud mental infantil o de adultos y debe recibir los servicios conforme a la política.	
Representante designado de la oficina regional de Medicaid	Fecha
Todos los proveedores de pago por servicio deben tener un formulario de certificación completamente ejecutado en el expediente, y todas las organizaciones de atención administrada deben garantizar que se cumplan los criterios de certificación.	

Evaluaciones

Evaluación Cada beneficiario de coordinación de casos dirigida en salud mental debe recibir una evaluación exhaustiva, la cual servirá como base para el desarrollo del plan de servicios del beneficiario. La evaluación es una revisión integral del funcionamiento emocional, social, conductual y del desarrollo del beneficiario dentro del hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad. La evaluación debe actualizarse anualmente.

Plazo para la elaboración de la evaluación La evaluación de coordinación de casos debe completarse dentro de los primeros 30 días en que el beneficiario recibe servicios de coordinación de casos dirigida en salud mental, y antes del desarrollo del plan de servicios.

Requisito de visita al hogar El coordinador de casos de salud mental debe realizar al menos una visita al hogar antes de completar la evaluación para evaluar la seguridad y el bienestar del beneficiario. La visita al hogar debe realizarse en el entorno donde reside el beneficiario.

Si el coordinador de casos no puede realizar una visita al hogar, debe realizar una entrevista cara a cara en otro entorno. Se debe proporcionar una justificación por escrito en el expediente del beneficiario explicando por qué no se pudo realizar la visita al hogar. Dicha justificación debe firmarla el coordinador de casos y su supervisor.

Requisitos de documentación de la evaluación Se deben cumplir los siguientes requisitos de documentación:

- La evaluación debe ser un documento identificable dentro del expediente del beneficiario. La documentación de apoyo (ej.: copias de hallazgos, evaluaciones y resúmenes de alta) recopilada para completar la evaluación debe archivar en el expediente del beneficiario.
- La evaluación debe incluir documentación que demuestre que el coordinador de casos realizó una visita al hogar antes de completar la evaluación, o documentación por escrito del coordinador de casos con aprobación del supervisor explicando por qué este requisito no pudo cumplirse.
- El supervisor del coordinador de casos debe revisar, firmar y colocarle la fecha a la evaluación antes de la finalización del plan de servicios, descrito a continuación.

Fuentes de información para la evaluación La evaluación debe incluir información de las siguientes fuentes:

- El beneficiario.
- La agencia o persona que refirió al beneficiario para los servicios de coordinación de casos dirigida en salud mental.
- La familia y amigos del beneficiario (con el consentimiento apropiado).
- Otras agencias que estén prestando servicios al beneficiario.
- El distrito escolar (para beneficiarios menores de 18 años o que aún asistan a la escuela).
- Proveedores tratantes previos, incluyendo tratamiento ambulatorio y hospitalario (si no se puede obtener información colateral, el coordinador de casos debe proporcionar una justificación por escrito en el expediente del beneficiario.)

Componentes de la evaluación La evaluación debe incluir todos los siguientes componentes:

- Problema(s) presentado(s) e historial, incluyendo la evaluación del beneficiario, su representante legal y su familia sobre la situación (con el consentimiento correspondiente).
- Historial psiquiátrico y médico, incluyendo medicamentos y efectos secundarios.
- Fortalezas actuales y potenciales del beneficiario.
- Recursos disponibles para el beneficiario a través de su sistema de apoyo natural.
- Colocación escolar del beneficiario, adaptación y progreso (si aplica).
- Relación del beneficiario con su familia y personas significativas.
- Identificación y efectividad de los servicios actualmente proporcionados.
- Evaluación de las necesidades del beneficiario y de sus capacidades funcionales en las siguientes áreas:
 - Mantenimiento de la salud mental y abstinencia de consumo de sustancias o uso de drogas.
 - Apoyo familiar y educación familiar.
 - Educación, formación vocacional o capacitación laboral.
 - Vivienda, alimentación, vestimenta y transporte.
 - Servicios médicos y dentales.
 - Asistencia legal.
 - Desarrollo de apoyos ambientales a través de grupos de apoyo, grupos de pares, actividades, servicios comunitarios, amigos, arrendadores, empleadores.
 - Asistencia para establecer recursos financieros.

Planes de servicio

Plan de servicios	<p>Cada beneficiario debe tener un plan de servicios individualizado escrito dentro de los 30 días posteriores al inicio de los servicios por su coordinador de casos de salud mental o equipo de coordinación de casos.</p> <p>El plan de servicios debe incluir metas medibles a corto y largo plazo para el beneficiario y debe describir la estrategia integral para ayudar al beneficiario a alcanzar dichas metas.</p>
Requisitos del plan de servicios	<p>El plan de servicios debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ser un documento identificable.• Ser desarrollado en colaboración con el beneficiario y su padre, madre, tutor o custodio legal (si aplica).• Describir las necesidades de servicio del beneficiario y las actividades que el coordinador de casos de salud mental realizará en colaboración con el beneficiario.• Contener metas y objetivos medibles derivados de la evaluación del beneficiario.• Tener plazos definidos para el logro de las metas.• Incluir el nombre de la persona o agencia responsable de proporcionar la asistencia o servicios específicos.• Ser consistente con el(los) plan(es) de tratamiento del beneficiario.• Tener la fecha y estar firmado por el beneficiario, su padre, madre, tutor o custodio legal (si el beneficiario es menor de 18 años) , el coordinador de casos de salud mental (incluyendo su cargo), y el supervisor del coordinador de casos (incluyendo su cargo).• Mantenerse archivado en el expediente del beneficiario.

Excepción al requisito de firma del beneficiario	<p>Si la edad del beneficiario impide su participación en el desarrollo y firma del plan de servicios, el padre, madre, tutor o custodio legal debe firmar el plan de servicios, a menos que se cumpla una de las excepciones indicadas en la página siguiente.</p>
---	---

Excepciones al requisito de firma del padre, madre, tutor o custodio legal	<p>Existen excepciones al requisito de firma del padre, madre, tutor o custodio legal del beneficiario cuando este es menor de 18 años. Debe incluirse documentación escrita y justificación de la excepción en el expediente del beneficiario. Las siguientes son las excepciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Beneficiarios bajo la custodia del Departamento de Justicia Juvenil que hayan sido ordenados judicialmente a tratamiento o que requieran tratamiento de emergencia, de tal forma que el retraso en la prestación del tratamiento ponga en peligro el bienestar mental o físico del beneficiario. La firma del padre, madre, tutor o custodio legal debe obtenerse tan pronto como sea posible después de la administración del tratamiento de emergencia.• Para beneficiarios bajo el cuidado y custodia del DCF (Departamento de Niños y Familias), el trabajador social del caso debe firmar el plan de servicios si no es posible obtener la firma del padre o madre. El trabajador del caso y el padre de crianza deben participar en la planificación del servicio. En los casos en que el DCF esté trabajando hacia la reunificación, el padre o el cuidador futuro designado o identificado debe participar y firmar el plan de servicios.
Revisión del plan de servicios	<p>La revisión del plan de servicios es un proceso realizado para asegurar que los servicios, metas y objetivos continúan siendo adecuados para las necesidades del beneficiario y para evaluar su progreso y la necesidad continua de servicios de coordinación de casos dirigida en salud mental. La elegibilidad del beneficiario para continuar recibiendo estos servicios debe reevaluarse durante la revisión del plan de servicios. Las actividades, discusiones y el proceso de revisión deben estar claramente documentados. El beneficiario, el coordinador de casos de salud mental y el supervisor del coordinador de casos deben firmar y colocar la fecha a la revisión del plan de servicios.</p>
Frecuencia de la revisión del plan de servicios	<p>El plan de servicios debe revisarse y modificarse cuando ocurran cambios significativos en la condición, situación o circunstancias del beneficiario, pero no menos frecuentemente que cada seis meses. La documentación de la revisión del plan de servicios debe registrarse en el expediente del beneficiario.</p>

Copias del plan de servicios	<p>Las copias del plan de servicios deben entregarse al beneficiario o al padre, madre, tutor o custodio legal del beneficiario si este es menor de 18 años. Con el consentimiento del beneficiario, también pueden entregarse a otros proveedores de servicios involucrados en el desarrollo o implementación del plan de servicios. Esta información debe documentarse en el expediente del beneficiario.</p>
-------------------------------------	---

Servicios cubiertos

Los siguientes servicios están cubiertos para todos los grupos objetivo de salud mental:

- Realizar la evaluación de acuerdo con los criterios establecidos en este capítulo.
- Desarrollar el plan de servicios del beneficiario conforme a los criterios establecidos en este capítulo.
- Trabajar con el beneficiario y su familia para abordar asuntos relacionados con la implementación del plan de servicios. Los servicios en los que participe la familia deben estar claramente dirigidos a satisfacer las necesidades identificadas del beneficiario.
- Evaluar la efectividad del plan de servicios en el cumplimiento de las necesidades identificadas del beneficiario.
- Vincular y facilitar el acceso del beneficiario a los servicios y recursos apropiados identificados en el plan de servicios mediante referencias para alcanzar las metas deseadas.
- Abogar por la adquisición de servicios y recursos necesarios para implementar el plan de servicios mediante la representación o defensa del beneficiario a través de intervención directa.
- Coordinar la prestación de servicios según lo especificado en el plan de servicios con la ayuda del beneficiario, su familia y su sistema de apoyo natural.

- Monitoreo de la prestación de servicios para evaluar el progreso del beneficiario.
- Documentación de las actividades de coordinación de casos dirigida en salud mental de acuerdo con los requisitos de documentación establecidos en este capítulo.
- Intervención/apoyo en crisis, asistiendo a los beneficiarios en crisis para que accedan a los recursos necesarios con el fin de afrontar la situación.
- Los servicios de coordinación de casos pueden facturarse junto con cualquier servicio reembolsable por Medicaid con el propósito de proporcionar y comunicar información crítica que ayude al beneficiario (sin exceder dos unidades por evento).
- Organización y coordinación de servicios de cuidados posteriores después del alta de un centro residencial o de hospitalización, cuando la planificación del alta no esté cubierta por la tarifa diaria del centro.
- Participación en el desarrollo del plan de tratamiento individualizado o en la revisión del plan de servicios individualizados bajo el programa de servicios comunitarios de salud conductual de Medicaid (el tiempo facturado debe estar claramente justificado como tiempo dedicado al beneficiario).
- Prestación de servicios de coordinación de casos dirigida en salud mental en preparación para el alta de un niño (últimos 90 días) del programa de Servicios de Superposición de Salud Conductual (BHOS).
- Realización de una reunión clínica de coordinación de atención con Medicaid, en la cual el coordinador de casos se reúne con el equipo de tratamiento del beneficiario o de forma individual con alguno de los siguientes profesionales: psiquiatra, enfermera de práctica avanzada psiquiátrica, médico, terapeuta, maestro, abogado, tutor ad litem u otro profesional que esté brindando servicios directos al beneficiario.

- Los servicios que involucren a la familia deben estar claramente dirigidos a satisfacer las necesidades del beneficiario
- El monitoreo de la prestación del servicio mediante revisión de expedientes debe evaluar el progreso hacia metas y objetivos del plan de servicio
- Los servicios superpuestos deben documentar claramente por qué la presencia de GCD fue necesaria
 - No debe exceder 30 minutos (2 unidades) por servicio superpuesto

Programa Psiquiátrico de Internamiento Estatal

Medicaid reembolsará los servicios de coordinación de casos dirigida para niños en el Programa Psiquiátrico Estatal de Internamiento (PPEI) durante los últimos 180 días previos a una fecha de alta planificada que esté documentada en el expediente médico. Para garantizar la continuidad, estos servicios los debe proporcionar una agencia de coordinación de casos ubicada en el mismo distrito que la colocación de cuidados posteriores del niño.

Si un coordinador de casos es asignado antes o en el momento de la colocación, debe:

- Proporcionar información relevante al personal del PPEI sobre las fortalezas del niño, así como los problemas y síntomas que motivaron la colocación.
- Informar al PPEI sobre intervenciones y servicios previos de salud mental, la respuesta del niño a estos servicios y las personas significativas involucradas.

Los servicios de coordinación de casos dirigida para un beneficiario en PPEI deben incluir lo siguiente:

- Reunirse con el niño, el padre o tutor, y contactar a otras personas (tutor ad litem, bienestar infantil, agencias comunitarias y otras) para explicar el rol del coordinador de casos.
- Asistir al menos a una reunión mensual del equipo de tratamiento y determinar si los objetivos del plan de tratamiento abordan los problemas y síntomas que llevaron a la colocación y las fortalezas del niño. En casos fuera del distrito, la asistencia puede ser telefónica si está justificada en el expediente.
- Tener contacto mensual cara a cara con el niño y su terapeuta, y contacto con la familia o tutor para apoyar su participación en el tratamiento y en la planificación del alta. Si no es posible la visita, el coordinador debe llamar al menos cada 14 días.
- Ayudar al padre o tutor a coordinar los servicios de cuidado posterior en el hogar, la escuela y la comunidad para facilitar la transición y adaptación después del alta.
- Recomendar e implementar cambios en la red de servicios de cuidado posterior según sea necesario.
- Después del alta, recopilar datos de resultados, incluyendo un seguimiento a los dos meses, y reportar la información al PPEI.

Los servicios están limitados a ocho horas mensuales. Este límite puede aumentarse a 12 horas mensuales durante el último mes de colocación en PPEI para facilitar la implementación del plan de cuidados posteriores.

Puntos claves:

- Documentar fecha de alta planificada del PPEI
 - Debe ser menor de 180 días
- Servicios limitados a 8 horas (32 unidades) por mes
- Participación en reuniones mensuales del equipo de tratamiento
- Mantener contacto regular con el menor, su terapeuta y el padre/tutor
- Proveer datos de seguimiento a los 2 meses posteriores al alta del PPEI

Servicios restringidos / no cubiertos

Supervisión	Medicaid no reembolsará la supervisión interna entre el supervisor de coordinación de casos dirigida en salud mental y el coordinador de casos de salud mental.
Beneficiarios de servicios de superposición de salud conductual (BHOS)	Medicaid no reembolsará los servicios de coordinación de casos dirigida en salud mental para niños que estén recibiendo servicios de superposición de salud conductual (BHOS) bajo el Programa de Servicios Comunitarios de Salud Conductual de Medicaid, excepto las actividades de coordinación de casos que se realicen claramente en preparación para el alta del niño de BHOS (últimos 90 días).
Sin contacto con el beneficiario	Medicaid no reembolsará los servicios de coordinación de casos dirigida en salud mental por intentos fallidos de contacto con el beneficiario, por ejemplo: una visita domiciliaria cuando el beneficiario no se encuentra en casa, una llamada telefónica cuando el beneficiario no contesta, dejar mensajes en buzón de voz, correo electrónico o contestador automático.
Transporte	<p>Medicaid no reembolsará a las agencias proveedoras de coordinación de casos dirigida en salud mental por transportar a los beneficiarios.</p> <p>El programa de transporte de Medicaid proporciona transporte a los beneficiarios de Medicaid hacia servicios médicamente necesarios y cubiertos por Medicaid. Medicaid contrata a un proveedor externo que coordina servicios de transporte no urgente para los beneficiarios.</p>
Viaje	El reembolso por tiempo de traslado está incorporado en la tarifa por unidad y no puede facturarse por separado.

- Sunshine Health proporciona transporte de ida y vuelta
 - Sin límite de visitas para citas médicas, centros de salud o farmacias
- Los miembros mayores de 18 años pueden agendar 3 viajes no médicos por mes
 - Compras, eventos sociales, etc.

Más información:

SunshineHealth.com/transportation



Servicios restringidos / no cubiertos

Prestación de servicios directos	Medicaid no reembolsará los servicios de coordinación de casos dirigida en salud mental por la prestación de servicios médicos o clínicos terapéuticos directos (ej.: tomar la presión arterial, medir la estatura y el peso, o proporcionar psicoterapia).
Funciones administrativas	Medicaid no reembolsará los servicios de coordinación de casos dirigida en salud mental por funciones administrativas (ej.: verificar la elegibilidad del beneficiario o tareas clericales).
Beneficiarios de exenciones basadas en el hogar y la comunidad	Excepto por el Modelo de Exención, Medicaid no reembolsará los servicios de coordinación de casos dirigida en salud mental para beneficiarios inscritos en programas de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad.
Beneficiarios institucionalizados	Medicaid no reembolsará los servicios de coordinación de casos dirigida en salud mental para beneficiarios que se encuentren en: centros de enfermería, centros estatales de tratamiento de salud mental, cárceles del condado, prisiones, centros de detención, otros centros residenciales de corrección segura o centros de cuidado intermedio para personas con discapacidades del desarrollo.
Instituciones para enfermedades mentales	Medicaid no reembolsa servicios de coordinación de casos dirigida en salud mental prestados a residentes de una Institución para enfermedades mentales (IMD), a menos que el residente esté participando en la Exención del Programa de Hospitalización Psiquiátrica Estatal. De acuerdo con el título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 441.13, una institución para enfermedades mentales se define como un hospital u otra institución de más de 16 camas que se dedica principalmente al diagnóstico, tratamiento o cuidado de personas con enfermedades conductuales.
Planificación del alta	Medicaid no reembolsará la coordinación de casos dirigida en salud mental para planificación del alta cuando dicha planificación ya esté cubierta por la tarifa diaria de un centro residencial. Medicaid sí reembolsará la planificación del alta para un beneficiario que salga de un centro estatal de tratamiento de salud mental durante los 60 días previos al alta.

- Funciones administrativas vs. documentación de actividades de GCD
- Restringido / No cubierto
 - Completar formularios de consentimiento
 - Redactar cartas para el cliente o su familia
- Servicios cubiertos
 - El servicio documentado debe cumplir todos los requisitos de documentación
 - › Ejemplo: documentar visita domiciliaria después de regresar a la oficina

Requisitos de documentación

Expediente del beneficiario

El expediente del beneficiario debe contener: formulario de certificación del beneficiario, evaluación, plan de servicios, revisiones del plan de servicios, documentación de la visita al hogar, la documentación de servicios descrita a continuación

Requisitos de documentación para notas de caso

Las notas de caso del coordinador de casos deben incluir la siguiente información para cada actividad de coordinación de casos dirigida en salud mental:

- Nombre del coordinador de casos, firma, cargo y fecha. No se aceptan firmas fotocopiadas, firmas con sello, ni firmas de personas distintas a quien prestó el servicio.
- Nombre del beneficiario.
- Servicio prestado.
- Fecha del servicio.
- Hora de inicio y finalización del servicio (ej.: 2:00 p.m. a 3:25 p.m.).
- Ubicación del servicio.
- Actualizaciones cuando el beneficiario cambie de residencia, ingrese o sea dado de alta de un hospital psiquiátrico o institución mental estatal, experimente un cambio significativo en su estado mental, experimente un cambio significativo que impacte su vida y sistema de apoyo, cambie de custodia, cambie de entorno educativo o cambie de empleo.
- Notas de caso detalladas que:
 1. Reflejen claramente cómo los esfuerzos del coordinador de casos están vinculados a los servicios y objetivos del plan de servicios del beneficiario.
 2. Describan el progreso o la falta de progreso del beneficiario en relación con el plan de servicios.
 3. Si un coordinador de casos sustituto prestó el servicio, expliquen las circunstancias que requirieron la intervención del coordinador sustituto.

- Si los servicios ocurren en la comunidad, debe especificarse la ubicación

Si se realizan más de un contacto con un beneficiario en un día, todos los contactos deben resumirse en una sola nota de caso.

- La nota se refiere al procesamiento de reclamos, no a la documentación de contactos
 - Las horas de inicio y fin deben ser exactas
 - No se permite redondeo (ni a la hora ni a cuartos de hora)



Requisitos de documentación

- (1) Esta regla se aplica a los proveedores que prestan servicios de Medicaid de Florida a los beneficiarios.
- (2) Requisitos de documentación
 - (a) Todos los proveedores de Medicaid de Florida deben:
 1. Asegurar que los expedientes médicos establezcan la necesidad médica y el alcance de los servicios prestados.
 2. Firmar y colocar la fecha a cada expediente médico dentro de los dos días hábiles posteriores a la fecha y hora del servicio, o autenticar el registro mediante firma, iniciales o entrada en sistema computarizado. Las firmas electrónicas están permitidas según el Capítulo 668, Parte I de los Estatutos de Florida.
 3. Colocar iniciales en firmas con sello de goma.
 - (b) A menos que se especifique lo contrario en las políticas de cobertura de Medicaid de Florida, los proveedores deben documentar la siguiente información para cada visita o encuentro con un beneficiario:
 1. Motivo principal de la visita.
 2. Fecha(s) del servicio.
 3. Descripción de los servicios prestados (según corresponda).
 4. Diagnóstico.
 5. Pruebas diagnósticas y resultados (según corresponda).
 6. Historia y evaluación física (según corresponda).
 7. Medicamentos y suministros prescritos o proporcionados (según corresponda).
 8. Informes de progreso.
 9. Referencias a otros servicios (según corresponda).
 10. Frecuencia de seguimiento u otros servicios (según corresponda).
 11. Plan de tratamiento (según corresponda).
- (3) Registros electrónicos
 - (a) Los proveedores que crean o mantienen registros electrónicos deben desarrollar e implementar una política de registros electrónicos conforme a las leyes estatales y federales aplicables para garantizar la validez y seguridad de los registros. Las políticas deben incluir las salvaguardas técnicas requeridas por el título 45 del Código de Regulaciones Federales, sección 164.312, cuando corresponda.
 - (b) Los proveedores deben poder producir registros electrónicos en formato impreso dentro de un tiempo razonable cuando lo solicite la AHCA.
- (4) Requisitos de conservación de registros. Los proveedores deben conservar todos los registros comerciales, registros relacionados con la atención médica y expedientes médicos, según se definen en la Regla 59G-1.010 del Código Administrativo de Florida, de acuerdo con los requisitos especificados a continuación, según corresponda:
 - (a) Los proveedores pueden mantener registros en papel, material magnético, película u otros medios, incluido el almacenamiento electrónico, excepto cuando la ley o los requisitos de Medicaid de Florida dispongan lo contrario. Todos los registros deben ser accesibles, legibles y comprensibles.
 - (b) Los proveedores deben conservar todos los registros relacionados con los servicios prestados a los beneficiarios de Medicaid de Florida durante un período mínimo de cinco años a partir de la fecha del servicio. Los proveedores que atienden exclusivamente casos de cruce con Medicare deben conservar los registros de servicios de atención médica durante seis años.

Regla 59G-1.054: Requisitos de documentación y registros (vigente desde el 8/5/2017)

Información de reembolso



Unidades de servicio	<p>Los servicios de coordinación de casos dirigida se reembolsan en incrementos de tiempo. Cada incremento de tiempo se denomina unidad de servicio. Quince minutos equivalen a una unidad de servicio.</p> <p>Si se prestan múltiples unidades en un mismo día, el tiempo real empleado debe sumarse y redondearse a la unidad más cercana. Si el total de minutos termina en 7 o menos, se redondea hacia abajo al incremento de 15 minutos más cercano. Si el total de minutos termina en 8 o más, se redondea hacia arriba al siguiente incremento de 15 minutos. Por ejemplo: 37 minutos se facturan como 2 unidades de servicio. 38 minutos se facturan como 3 unidades de servicio.</p>
Un reclamo por cada fecha de servicio	<p>Para recibir reembolso, la agencia de coordinación de casos dirigida en salud mental debe sumar la cantidad total de tiempo que un coordinador de casos de salud mental (infantil o de adultos) proporcionó servicios de coordinación de casos dirigida en salud mental y presentar un solo reclamo por día de servicio con el número correspondiente de unidades de servicio.</p>

Limitaciones de reembolso	<p>Medicaid reembolsará:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta 344 unidades mensuales de coordinación de casos dirigida en salud mental infantil o de adultos por beneficiario.
----------------------------------	---

Código de procedimiento	Modificador	Descripción del servicio
Grupo objetivo de salud mental infantil		
T1017	HA	Coordinación de casos dirigida para niños (desde el nacimiento hasta los 17 años)
Grupo objetivo de salud mental de adultos		
T1017		Coordinación de casos dirigida para adultos (18 años o más)

- Sunshine Health requiere autorización previa para GCD
- Las solicitudes de autorización inicial deben incluir información de referencia o evaluación, y deben ser individualizadas según las necesidades previstas del beneficiario.
 - Las evaluaciones biopsicosociales o psiquiátricas son excelentes fuentes de información.
 - Se pueden solicitar unidades adicionales según sea necesario, siempre justificadas por la necesidad médica continua.

Ejemplo de autorización

- La miembro (39 años) fue diagnosticada con trastorno bipolar, esquizofrenia y ansiedad. Recientemente se mudó con su padre, pero necesita su propio lugar de vivienda. Necesita vivienda, empleo, médico primario, proveedor de ginecología, un nuevo terapeuta y un nuevo psiquiatra.
- Tiene una cita final programada con su psiquiatra anterior para recibir una inyección mensual y surtido de medicamentos.
- Recibe beneficios de discapacidad SSI.
 - La autorización es poco probable que se apruebe en su totalidad.
 - Aunque se identifican varias necesidades de servicio, no hay explicación de **por qué** la miembro requiere GCD para satisfacer estas necesidades.
 - La miembro parece contar con apoyo natural de su padre.
 - La miembro parece ser adherente a los medicamentos.
 - No hay evidencia de que los síntomas de salud conductual estén afectando su funcionamiento.
 - No hay evidencia de inestabilidad en vivienda o finanzas que represente un obstáculo.

Ejemplo de autorización (continuación)

- Información que aumentaría la probabilidad de aprobación:
 - El padre de la miembro solo puede proporcionarle vivienda de forma temporal, porque es una persona mayor y planea mudarse a un centro de vida asistida dentro de los próximos 6 meses.
 - La miembro requiere apoyo adicional y defensa para vincularse a proveedores nuevos de salud conductual y física, ya que su ansiedad afecta su capacidad para dar seguimiento a las referencias de forma independiente. También tiene historial de cancelar o no asistir a citas debido a ansiedad y paranoia hasta que se establece confianza.
 - Aunque la miembro se ha adherido a los medicamentos, tiene historial de hospitalización psiquiátrica cuando interrumpe el tratamiento.

¿Preguntas?
