

PROCESO DE SOLICITUD (Descripción general)

Fecha de entrada en vigencia: septiembre de 2003; actualizado en septiembre de 2023

Objetivo: Proporciona una descripción general del proceso de solicitud.

CAREAssist OAR:

333-022: 1010; 1020; 1030; 1040; 1050

Política:

Una persona puede solicitar CAREAssist presentando una solicitud completa del programa y proporcionando documentación, como se indica en la solicitud, que verifique:

- a. El diagnóstico de VIH positivo
- b. Ingresos familiares totales equivalentes al 550 % o inferiores al nivel de pobreza federal (federal poverty level, FPL)
- c. Residencia en Oregon

CAREAssist acepta solicitudes enviadas por correo postal, correo electrónico y fax o las completadas de forma presencial en las oficinas de CAREAssist. A partir del 1 de octubre de 2023, CAREAssist aceptará la firma electrónica en la solicitud, la revisión de elegibilidad del cliente (Client Eligibility Review, CER) y el formulario de certificación de residencia.

Solicitudes completas:

1. Se revisará si la solicitud está completa en un plazo de diez (10) días calendario después de que el programa reciba una solicitud.
2. La fecha de entrada en vigencia de la elegibilidad será la fecha en que el programa considere que la solicitud está completa y, si corresponde, una vez que el solicitante haya solicitado un seguro para el cual sea elegible, según lo determinado por el programa.
3. Se notificará a los clientes la elegibilidad en un plazo de tres (3) días hábiles de la determinación de la elegibilidad.
4. Si se aprueba, la elegibilidad es por seis (6) meses completos.

Solicitudes incompletas:

1. Si se determina que una solicitud está incompleta o que le falta la documentación requerida, se notificará al solicitante y, si corresponde, al administrador de casos del solicitante. En las notificaciones se indicará la documentación que falte o las preguntas incompletas de la solicitud necesarias para completarla, así como la fecha límite para hacerlo.

Las solicitudes incompletas se cerrarán 45 días después de la recepción del programa.

Se notificará al solicitante y, si corresponde, al administrador de casos del solicitante, que la solicitud se cerró y que el solicitante puede volver a presentar la solicitud en cualquier momento.

Procedimiento:

El personal administrativo hará lo siguiente:

1. Imprimirá todas las solicitudes y los documentos de respaldo recibidos por medios electrónicos, incluido el correo electrónico al que se adjuntaron.
2. Colocará un sello con la fecha en todos los paquetes de solicitudes (solicitud, formulario de certificación de residencia, confirmación del VIH, ingresos y cualquier otro paquete).
3. Creará un nuevo registro de cliente en la base de datos para los solicitantes que lo hagan primera vez.
4. Ingresará (o actualizará) toda la información en la pestaña Información del cliente.
5. Ingresará el registro de evento: "Solic. de CAREAssist: inicial recibida (1)".
6. La derivará al asistente social para determinar la elegibilidad.
7. Ingresará notas del registro de eventos (cómo se recibió la solicitud; p. ej., por correo postal o electrónico, quién presentó la solicitud, a quién se entregó y mediante qué método).

Los asistentes sociales harán lo siguiente:

1. Revisarán el paquete de solicitud para determinar si está completo (todas las preguntas respondidas en la solicitud, solicitud firmada, comprobante de residencia completado, confirmación del VIH completada si es un cliente nuevo, comprobante de ingresos y resumen de beneficios, si el cliente tiene seguro privado o colectivo) y harán anotaciones en el registro de eventos durante todo el proceso.
 - a. Si alguna parte está incompleta, enviarán una notificación al solicitante y, si corresponde, al administrador de casos del solicitante, por correo electrónico o correo postal.
 - b. Si está completo, ingresarán el registro de eventos: "Solic. de CAREAssist: completa (2)".
2. Determinarán la elegibilidad e ingresarán la fecha en que esto ocurrió en el registro de eventos como "Solic. de CAREAssist: elegibilidad determinada (3)".
3. Ingresarán toda la información pertinente y el estado de la solicitud en el registro electrónico.
4. Si es elegible, verificarán que el solicitante se haya inscrito en la cobertura adecuada y, si corresponde, que haya recibido el Resumen de cobertura o que se haya archivado un comprobante de una solicitud de seguro completa. Asignarán al cliente a un grupo de beneficios, del siguiente modo:
 - a. Grupo 1: Clientes inscritos en una póliza privada, grupal o individual

- b. Grupo 2: Clientes cuyos beneficios primarios de medicamentos recetados sean proporcionados por el Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP) o el Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA).

Programa de personas sin seguro (Uninsured Persons Program, UPP), si actualmente no es elegible para el seguro. (Si no es elegible para el seguro y se aprueba al cliente para el UPP, consulte la sección 10, **PROGRAMA DE PERSONAS SIN SEGURO [UPP]**).

- c.
5. Notificarán la determinación de elegibilidad al cliente y, si corresponde, al administrador de casos. (Cada vez que haya un cambio en la elegibilidad y el cliente tenga un administrador de casos, se deberá enviar copia de todas las comunicaciones al administrador de casos).
 - a. Si es elegible, la notificación debe incluir lo siguiente:
 - i. La fecha de entrada en vigencia de la elegibilidad
 - ii. Los beneficios asociados del cliente
 - iii. Una lista de farmacias dentro de la red de CAREAssist
 - iv. La fecha de recertificación
 - v. Una solicitud de Moda Delta Dental aprobada por el programa (si el seguro primario del cliente *no* es OHP)
 - b. Si no es elegible, ya sea porque la persona no reunió los requisitos o porque la solicitud estuvo incompleta durante más de 45 días, la notificación debe incluir:
 - i. El motivo por el que se rechazó la solicitud
 - ii. Información sobre derechos a presentar quejas
 - iii. Una declaración de que el cliente puede volver a presentar la solicitud en cualquier momento
 6. Crearán un archivo impreso (o actualizarán un archivo existente, si lo hubiera en el centro, de un período de elegibilidad anterior).

Seguimiento de la solicitud	
Garantiza que la elegibilidad se determine de manera oportuna, 14 días después de la recepción de una solicitud completa.	
Registro de eventos	Descripción
(1) Solic. de CAREAssist: inicial recibida	La fecha de recepción original
(2) Solic. de CAREAssist: completa <i>Nota: Es la “fecha de entrada en vigencia” del cliente.</i>	La fecha en que se completó y firmó el formulario de solicitud; y se documentó la verificación del VIH, los ingresos y la residencia.
(3) Solic. de CAREAssist: elegibilidad determinada	La fecha en que el asistente social determina que la solicitud está completa, de acuerdo a lo anterior (2). <i>(La fecha en que se completó y firmó el formulario de solicitud; y se documentó la verificación del VIH,</i>

	los ingresos y la residencia). o El día número 46 en que la solicitud ha estado incompleta.
--	---

Nota: Todos los clientes deben tener (1) y (3).

Nota: La inscripción en el seguro no es un factor que influya a la hora de determinar (2) Solic.: completa o (3) Solic.: elegibilidad determinada.

La falta del Resumen de cobertura es un factor que influye a la hora de activar los beneficios. El cliente puede ser elegible, (3) Solic.: elegibilidad determinada está completa, pero si el cliente tiene seguro privado o colectivo y no hemos recibido un resumen de cobertura, no podemos activar los beneficios y no podemos agregar (2) Solic.: completa. El programa requiere el resumen de cobertura (Summary of Coverage, SOC) para confirmar que la cobertura cumple con la cobertura esencial mínima exigida por el programa. *Requisito del programa: El seguro debe cubrir al menos el 50 % de todos los medicamentos recetados.* Si esto sucede y seguimos recibiendo el SOC dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la solicitud, el asistente social debe retroceder al inicio del período de elegibilidad para que coincida con la misma fecha del seguimiento de la solicitud, (3) Solic. de CAREAssist: elegibilidad determinada, agregar (2) Solic.: completa, con la fecha en que se recibió el SOC y seguir el paso 5A indicado anteriormente. Si no recibimos el SOC dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la solicitud, la solicitud se rechazará y seguiremos lo indicado anteriormente en 5B.

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Fecha de entrada en vigencia: septiembre de 2003; actualizado en septiembre de 2023

Objetivo: Describe los procesos utilizados para revisar solicitudes y determinar la elegibilidad.

CAREAssist OAR:

333-022: 1010; 1020; 1030; 1040; 1050

Política:

Todos los solicitantes deben cumplir con los estándares de elegibilidad detallados a continuación. Los solicitantes de CAREAssist deben presentar una solicitud completa y toda la documentación de respaldo, que verifica:

- a. El diagnóstico de VIH positivo
- b. El ingreso bruto mensual total, en función de la composición familiar, equivalente al 550 % o menos del nivel de pobreza federal (federal poverty level, FPL)
- c. Residencia en Oregon

Los solicitantes de CAREAssist son responsables de presentar evidencia del cumplimiento de los requisitos de elegibilidad del programa. En caso de que un posible cliente no pueda proporcionar evidencia financiera o de residencia, el programa accederá a los sistemas estatales y federales en un intento por completar los requisitos de elegibilidad financiera y de residencia.

Nota: No se admite la presunta elegibilidad. No se puede iniciar la elegibilidad hasta que se hayan cumplido todos los requisitos de elegibilidad y el programa haya recopilado todos los documentos de respaldo.

Si el cliente tiene seguro privado o colectivo y se ha determinado que es elegible, los beneficios no pueden iniciarse hasta que el asistente social haya recibido el Resumen de cobertura, lo haya revisado y haya verificado que el componente de medicamentos recetados cubre el 50 % o más de los medicamentos recetados. Si el componente de medicamentos recetados no cubre el 50 % o más de los medicamentos recetados, consulte a la dirección de CAREAssist.

Procedimiento:

Los asistentes sociales realizarán una revisión minuciosa de la solicitud para asegurarse de que se respondan todas las preguntas, se firmen todos los formularios que requieren una firma y se presente toda la documentación necesaria, según lo detallado a continuación, antes de tomar una determinación final con respecto a la elegibilidad.

Las notas y la determinación de la elegibilidad se deben ingresar en el registro de

eventos. A partir del 1 de octubre de 2023, CAREAssist aceptará la firma electrónica en los siguientes formularios: solicitud, revisión de elegibilidad del cliente (Client Eligibility Review, CER) y comprobante de residencia.

Determinación de la elegibilidad: Verificación del diagnóstico de VIH

Política:

El solicitante debe tener un diagnóstico de VIH positivo documentado. La evidencia del diagnóstico de VIH positivo debe documentarse con el formulario de Confirmación de VIH/SIDA de CAREAssist aprobado por el programa y se debe recibir directamente del proveedor médico con licencia o el administrador de casos/coordinador de casos de Ryan White en Oregon, capacitado para interpretar análisis de laboratorio de VIH.

Documentación requerida:

Confirmación del VIH para clientes nuevos en CAREAssist:

La evidencia aceptable del VIH se limita a:

1. una solicitud de Bridge completa, firmada por el médico; o
2. el formulario de Confirmación de VIH/SIDA de CAREAssist, firmado por el médico o el administrador de casos/coordinador de casos de VIH de Ryan White, capacitado para interpretar análisis de laboratorio de VIH. El proveedor médico con licencia o el administrador de casos/coordinador de casos de Ryan White que firma debe tener documentación del diagnóstico positivo de VIH en archivo. La autodeclaración, los análisis de laboratorio u otros documentos recibidos del solicitante no son evidencia aceptable. El formulario de Confirmación de VIH/SIDA de CAREAssist debe ser recibido por el programa directamente del médico o del administrador de casos/coordinador de casos de Ryan White.

Clientes que regresan:

Se puede eximir a un posible cliente de presentar evidencia de VIH si su elegibilidad para CAREAssist se ha aprobado previamente y, en ese momento, se recibió una confirmación de VIH aprobada. Si CAREAssist no puede verificar el estado de VIH positivo, puede requerirse nueva documentación para un

cliente que regresa.

Nota importante: Una vez que el solicitante es cliente elegible de CAREAssist, el Programa de Vigilancia del VIH de Oregon puede importar periódicamente datos de CD4/carga viral de CAREAssist para casos de VIH confirmados únicamente; por lo tanto, una carga viral indetectable es evidencia adecuada del estado de VIH positivo.

Verificación de residencia

Política:

El solicitante debe ser residente de Oregon. La residencia en Oregon significa que una persona:

1. tiene una ubicación física donde reside en Oregon y una dirección postal en Oregon o una dirección postal en un estado que limita con Oregon; y
2. está en Oregon al menos seis meses al año; y
3. no se ausenta de Oregon por más de tres meses consecutivos; o
4. vive fuera del estado por más de tres meses debido a un empleo temporal o estacional fuera de Oregon; o
5. vive fuera del estado por más de tres meses mientras acude a una institución educativa de tiempo completo (12 o más horas de crédito en un período lectivo).

Si CAREAssist recibe información que pone en duda la residencia de un cliente o solicitante, CAREAssist puede solicitar documentación adicional para verificar la elegibilidad. Se puede solicitar a los clientes que se presenten en una oficina de CAREAssist o la oficina de una agencia de administración de casos local en un plazo de 24 a 48 horas.

Documentación requerida:

Los documentos aceptables incluyen, entre otros, los indicados a continuación. Toda la documentación presentada debe estar vigente, lo que significa que debe ser el documento más reciente que pueda esperarse razonablemente, dependiendo del tipo. La documentación también debe incluir:

1. el nombre legal completo del cliente; y
2. una dirección que coincida con la dirección residencial proporcionada en la solicitud, a menos que el cliente no tenga una dirección fija (en cuyo caso, se debe presentar al programa un formulario de Verificación de residencia de CAREAssist). Documentos aprobados:
 - Licencia de conducir del estado de Oregon vigente
 - Identificación del estado de Oregon vigente
 - Identificación tribal
 - Factura de un servicio público

- Acuerdo/documentación de arrendamiento, alquiler, hipoteca o amarre
- Documentación de impuesto sobre bienes inmuebles actual
- Tarjeta actual de registro de votante de Oregon
- Carta del arrendatario o del propietario de vivienda que verifique la dirección residencial del cliente (debe incluir el nombre y el número de teléfono del arrendatario o propietario de vivienda)
- Copia de la carta/documentación de beneficios/ayuda pública del estado de Oregon (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional [Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP], Plan de Salud de Oregon [Oregon Health Plan, OHP], etc.) (vigente dentro de los últimos 6 meses)
- Carta de otorgamiento de seguridad de ingreso suplementario (Supplemental Security Income, SSI)/seguro por discapacidad del seguro social (Social Security Disability Insurance, SSDI)
- Talones de pago
- Documento de prueba de identidad otorgada por tribunales correccionales
- Declaración de cuota de la asociación de propietarios
- Documentos oficiales de asuntos militares/de veteranos
- Título del vehículo o tarjeta de registro de Oregon
- Cualquier documento emitido por una entidad financiera; por ejemplo, un extracto bancario, extracto de préstamo, factura de tarjeta de crédito, documento de hipoteca, extracto de una cuenta de ahorro para pensión o jubilación, etc.
- Carta oficial del Oregon State Hospital, refugio para personas sin hogar, proveedor de servicios de transición u hogar de transición
- Carta en papel con membrete de la empresa de un empleador que certifique que el cliente vive en una dirección de residencia no comercial propiedad de la compañía o corporación.
- Formulario de verificación de residencia de CAREAssist **(si no puede proporcionar lo anterior)**

Verificación electrónica aceptable: De conformidad con HRSA PCN 21-02, los asistentes sociales pueden verificar la dirección residencial, según lo informado en los sistemas estatales, incluidos, entre otros: MMIS, ECLM, ENAM, sistema de verificación de salarios FRANCES, Registros de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA).

Determinación de la elegibilidad: Verificación de ingresos

Política:

El ingreso bruto mensual total, en función de la composición familiar, debe ser equivalente al 550 % o menos del FPL. Los solicitantes deben documentar los ingresos de todas las fuentes para todos los miembros del hogar. Consulte “Determinación de la composición familiar”, a continuación, para obtener definiciones.

“Ingresos” se refiere al promedio mensual bruto de todos los fondos recibidos en forma periódica o predecible, de los cuales depende el grupo familiar para satisfacer necesidades personales.

Procedimiento:

Para determinar la elegibilidad de ingresos, el asistente social hará lo siguiente:

1. Determinar la composición familiar
2. Calcular el ingreso mensual bruto total; CAREAssist no usa el ingreso bruto ajustado modificado (modified adjusted gross income, MAGI)

1. Determinación de la composición familiar

La composición familiar se determina contando el número de personas relacionadas por nacimiento, matrimonio, adopción o relación de dependiente definida legalmente que:

- a) viven en la misma unidad doméstica que el solicitante y de quienes el solicitante es económicamente responsable (consulte i-iv a continuación); o
- b) no viven en la misma unidad doméstica que el solicitante, pero se aplica lo siguiente:
 - i. cónyuge legal; o
 - ii. hijo de 18 años o menos, que reúne los requisitos como dependiente a los fines de la declaración de impuestos; o
 - iii. hijo de 19 a 26 años que asiste a 12 o más horas de crédito por período lectivo;
 - iv. un adulto del cual el solicitante es el tutor legal.

Nota: Si un niño vive con ambos padres biológicos/adoptivos, son una familia de tres independientemente del estado civil de los padres.

Aclaración sobre el estado de dependiente:

Los miembros del hogar dependientes se definen como aquellas personas de cuyo sustento es responsable legalmente el jefe del hogar. Estas relaciones se definen como adopciones legales o tutela.

1. El estado de hijo dependiente no se extenderá más allá de los 19 años, excepto cuando el hijo dependiente esté inscrito como estudiante de tiempo completo. En el caso del estado de estudiante, la edad a la cual finalizará el estado de hijo dependiente es a los 26 años. El cliente debe adjuntar documentos para demostrar que el hijo está inscrito como estudiante de tiempo completo en una institución educativa y debe presentarlos en cada proceso de recertificación de 6 meses. Un estudiante de tiempo completo se define como alguien inscrito en clases con 12 horas de crédito o más por período o semestre, o si está inscrito en un programa de maestría.
2. Todos los dependientes declarados deben aparecer en la Declaración de impuestos sobre la renta federales y estatales del cliente. El programa se reserva el derecho de solicitar una revisión del Departamento de Ingresos de Oregon y/o de un contador público certificado (Certified Public Accountant, CPA) contratado por el estado de Oregon.
3. Los clientes no pueden reclamar el estado de dependiente para personas que residen fuera de los Estados Unidos, a menos que esas personas figuren en sus Declaraciones de impuestos federales más recientes; y existe un dictamen judicial en los Estados Unidos que define una relación legal y el estado de dependiente.
4. En casos de custodia compartida, un hijo debe vivir con el cliente el 51 % del tiempo para ser incluido en el grupo familiar.
5. Todas las personas mayores de 19 años (que no estén cubiertas por la extensión del estado de estudiante y para quienes el jefe del hogar reclama el estado de dependientes) deben ser nombrados específicamente en una relación de tutela legalmente definida y aprobada por un proceso judicial estadounidense. Deben proporcionarse copias de los documentos certificadas por un notario a pedido del programa.
6. Los adultos (p. ej., padres ancianos, hijo adulto discapacitado, etc.) son dependientes aprobados si cumplen con los criterios citados anteriormente.

2. Determinación de ingresos

El ingreso mensual bruto se usa para calcular el promedio mensual, excepto en el caso de clientes que son trabajadores por cuenta propia, que presentan un Anexo C o E.

Documentación requerida:

Tipo de ingreso	Tipo de documento
Ingreso laboral (salarios, propinas, comisiones, bonos)	Talones de pago que muestren el ingreso bruto del año en curso, cuando estén disponibles (los dos recibos de pago consecutivos más recientes o declaraciones de ingresos para todos los trabajos).

	<i><u>Verificación electrónica aceptable: Ganancias recientes según lo declarado en sistemas estatales (sistema de verificación de salarios FRANCES, SNAP, etc.)</u></i>
Ingresos como trabajador por cuenta propia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Declaración de impuestos federales del año más reciente, incluido el Anexo C, si se presentó, u otros anexos correspondientes; y 2. Extractos bancarios que reflejen los depósitos de los 6 meses previos a la solicitud; o 3. Registros contables/comerciales de los 6 meses consecutivos anteriores a la solicitud.
Inmuebles de alquiler	<ol style="list-style-type: none"> 1. Declaración de impuestos federales del año más reciente, incluido el Anexo E, si se presentó; o 2. Extractos bancarios que reflejen los depósitos de los 6 meses previos a la solicitud; o 3. Copia del contrato entre el arrendador/inquilino, con los términos del alquiler mensual.
Beneficios de desempleo/discapacidad (a corto o largo plazo)	<p>Comprobantes de compensación o carta de otorgamiento</p> <p><i><u>Verificación electrónica aceptable: Beneficios de desempleo según lo informado en el sistema estatal ECLM</u></i></p>
Acciones, bonos, dividendos en efectivo, fondos fiduciarios, ingresos por inversiones, regalías:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Declaración de impuestos federales del año más reciente y anexos relacionados; o 2. Documentación de la institución financiera correspondiente que demuestre ingresos recibidos, valores, términos y condiciones.
Ingresos de pensión o jubilación (no del seguro social)	Declaración de beneficios anuales del corriente año
Beneficio de sobreviviente/jubilación del Seguro Social	<p>Declaración de beneficios anuales del corriente año</p> <p><i><u>Verificación electrónica aceptable: Adjudicación actual según lo informado en los registros de la SSA estatal</u></i></p>
Beneficios para veteranos	Carta de otorgamiento de beneficios del corriente año.
SIN INGRESOS	Autodeclaración de cero ingresos aceptada cuando el cliente completa la Declaración Sin Ingresos en la solicitud

Nota: Es posible que los solicitantes deban completar el formulario 4506-T del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), Solicitud de transcripción de la declaración de impuestos, que autoriza al IRS a enviar una transcripción de una declaración de impuestos de un año anterior.

Procedimiento:

Utilizando la documentación proporcionada y verificación adicional a través de los sistemas de datos estatales, los asistentes sociales harán lo siguiente:

1. Calcularán el ingreso mensual bruto promedio total.
2. Si el cálculo de ingresos inicial detecta que el cliente supera los ingresos para ser elegible para el programa, usará un segundo método de verificación de ingresos, si corresponde, y usará el cálculo más generoso.
3. La metodología de cálculo debe documentarse en la base de datos del programa.
4. Introducirán los ingresos de todas las fuentes en la calculadora del FPL en la base de datos del programa, verificando que los ingresos sean equivalentes al 550 % o menos del FPL.

Nota: Si el ingreso informado por el solicitante es muy diferente del promedio mensual total, según lo calculado por el programa, los asistentes sociales se comunicarán con el cliente para obtener más información.

A continuación se exponen los criterios del programa para determinar el ingreso mensual bruto:

- Empleado: el ingreso bruto anual, dividido por 12 meses, se usa para clientes que han estado empleados por el mismo empleador durante al menos 12 meses y pueden proporcionar documentación que muestra una “tendencia” hacia su ingreso bruto anual, o por varios meses si hay varios empleos.
- Trabajador por cuenta propia: para los clientes que son trabajadores independientes se usa el ingreso bruto anual de documentación que refleja las ganancias del año anterior o el ingreso de los 6 meses previos anualizado durante 12 meses. La capacidad del cliente de documentar la “tendencia” de sus ganancias es importante y se puede verificar analizando la declaración de impuestos sobre la renta federal del año anterior.
- Empleo estacional: para los clientes que pueden demostrar un empleo estacional se usan los ingresos anuales basados en la tendencia estacional documentada. El empleo estacional a menudo significa que los ingresos se generan durante determinados períodos de tiempo, que pueden o no superar el límite durante ese período de tiempo, pero cuando se anualizan durante 12 meses se encuentran dentro de los límites. Nuevamente, la capacidad del cliente de documentar la “tendencia” de sus ganancias es importante y se puede verificar analizando la declaración de impuestos sobre la renta federal del año

anterior del cliente.

- Trabajo irregular: no se pueden usar los ingresos anuales para los clientes que no han estado empleados durante períodos a lo largo del año y no pueden establecer una tendencia estacional en los ingresos. Por ejemplo, un cliente que no tuvo ingresos durante la mitad del año y, a mitad de año comienza a ganar más del equivalente al 550 % del FPL no reuniría los requisitos.
- Cambio en los ingresos: los ingresos anuales no se pueden usar para los clientes que han tenido un cambio en los ingresos, por el cual ahora serían elegibles para el programa. Un cliente que NO ERA elegible antes podría ahora reunir los requisitos si pierde su empleo o tiene una reducción de sus ingresos. Cuando el ingreso anual no se puede calcular debido a un cambio reciente en los ingresos, como una reducción de las horas trabajadas, pérdida del empleo, etc., el programa determinará la elegibilidad en función de los ingresos actuales y proyectados de un cliente.
- Las declaraciones de impuestos sobre la renta federales ayudarán a verificar los ingresos de múltiples trabajos de medio tiempo y que la composición familiar sea exacta.

Cálculos de ingresos específicos:

- **CLIENTES EMPLEADOS (consulte la hoja de cálculo de ingresos actuales)**
Hay:
 - 2080 horas de trabajo en un año
 - 52 semanas en un año
 - 26 períodos de pago cada dos semanas, o
 - 24 períodos de pago dos veces al mes

Si tiene el mismo empleo desde principio de año:

Tome como referencia el ingreso bruto total acumulado al año (year-to-date, YTD), luego divídalo por el número de períodos de pago indicados en el talón de pago.

Ejemplo: El cliente X tiene un talón de pago que muestra una fecha de pago del 15 de junio y un YTD de \$10,000. Divida el monto del YTD por el número de períodos de pago (5.5) desde el comienzo del año calendario.

\$10,000 dividido por 5.5 meses es igual a \$1,818.18 por mes.

Si hay una tarifa por hora:

Calcule el ingreso mensual basado en el monto del YTD indicado en el talón de pago,

descrito anteriormente, y anualice la tarifa por hora para obtener el ingreso mensual del modo más conveniente para el cliente.

Ejemplo: El cliente Y gana \$11 por hora. Calcule un YTD total Y multiplique \$11 x 2080 horas de trabajo por año, lo que equivale a un ingreso anual de \$22,880. Luego divida el ingreso anual de \$22,880 por 12 meses, lo que equivale a \$1,906.67 por mes.

Si el cliente recibe un pago único global (pago retroactivo del SSDI, herencia, etc.): Los pagos únicos no se consideran ingresos. Los pagos mensuales de un fideicomiso testamentario para fines de gastos de subsistencia sí cuentan.

Si al cliente le pagan dos veces al mes O semana de por medio: Revise con atención el talón de pago para determinar qué factor usar para calcular el ingreso bruto anual, 24 períodos de pago por año para el pago dos veces al mes y 26 períodos de pago por año para pagos semana de por medio.

Si hay discrepancia entre la tarifa mensual en función del YTD y la tarifa mensual indicada en el talón de pago o por el cliente:

La tarifa bruta mensual según el ingreso bruto YTD se calcula dividiendo el monto del ingreso bruto YTD que figura en el talón de pago por el número de meses en el período de pago total. Si esta tarifa mensual bruta es diferente de la tarifa mensual bruta indicada en el talón de pago o si el cliente indicó una tarifa de pago diferente, ameritará una investigación adicional. Esto normalmente indica un cambio en el estado del cliente. Es posible que haya experimentado una reducción de horas, haya empezado a trabajar a tiempo parcial o haya sido despedido, si el ingreso mensual bruto YTD es menor que el ingreso mensual bruto declarado. Puede haber trabajado horas extra o haber tenido una circunstancia especial, que no va a continuar, si el ingreso mensual bruto YTD es mayor que el ingreso mensual bruto declarado.

- **CLIENTES QUE TRABAJAN POR CUENTA PROPIA**

1. Los clientes que trabajan por cuenta propia deben proporcionar una copia de su declaración de impuestos sobre la renta más reciente, incluido el Anexo C, E y otros anexos correspondientes, en caso de haberlos presentado.
2. Los clientes que trabajan por cuenta propia deben presentar documentación de ingresos mensuales brutos. Algunas formas de documentar los ingresos mensuales brutos son los extractos bancarios que muestran depósitos, registros contables, registros de cuentas por cobrar/por pagar y una declaración de impuestos sobre la renta federal (con el Anexo C o E u otros anexos correspondientes, en caso de haberlos presentado).
3. Un cliente que trabaja por cuenta propia debe pagar el costo del mantenimiento de su propio negocio y esto se considera un “gasto

indirecto". El programa admite una reducción del 50 % de los ingresos mensuales brutos para cubrir el costo de mantenimiento de un negocio, siempre que el cliente presente una copia de su declaración de impuestos sobre la renta más reciente y todos los anexos o cuando el negocio sea nuevo y el cliente pretenda realizar la declaración para el año en curso. CAREAssist también puede admitir la deducción del 50 % si el cliente puede demostrar una extensión fiscal para el año fiscal más reciente y presentar los impuestos del año anterior. En estas tres situaciones, divida los ingresos mensuales brutos del cliente por la mitad para determinar sus ingresos mensuales. Si el cliente proporciona todos los impuestos y anexos y no es elegible para el descuento del 50 %, podemos usar los depósitos indicados en los extractos bancarios de los últimos 6 meses y ofrecer el mismo descuento del 50 %, SOLO si tenemos los impuestos actuales y todos los anexos complementarios.

4. Si un asistente social determina que un solicitante o cliente tiene ingresos que superan los requisitos del programa, el asistente social debe solicitar a otro asistente social del programa de CAREAssist que revise el cálculo de ingresos y ambos trabajadores sociales documentarán sus propias determinaciones en el registro de eventos, antes de enviar el rechazo de la solicitud o el rechazo de la nueva elegibilidad al cliente actual. Si ambos asistentes sociales coinciden en que el ingreso supera el 550 % del FPL, el asistente social asignado procederá a notificar la decisión del programa al administrador de casos y al solicitante o cliente. Si los asistentes sociales no coinciden en el cálculo de los ingresos, el asistente social asignado remitirá la solicitud al coordinador de servicios al cliente o al coordinador del programa con los cálculos de ingresos de ambos asistentes sociales. El coordinador de servicios al cliente o el coordinador del programa revisará los cálculos para determinar el ingreso bruto familiar del solicitante.

Determinación de la elegibilidad: Conclusión

1. Si un asistente social determina que un cliente no es elegible, se notificará al cliente y al administrador de casos de conformidad con las Normas Administrativas de Oregon (Oregon Administrative Rules, OAR) y las Políticas y procedimientos del programa, según lo detallado en Aprobación o rechazo de la solicitud. El cliente es elegible para una audiencia y también puede volver a presentar su solicitud en cualquier momento.
 - v. Si un asistente social determina que un cliente es elegible, el asistente social procederá a identificar un pagador principal, analizado en la siguiente sección, Requisitos del seguro.

REQUISITOS DE SEGURO

Fecha de entrada en vigencia: septiembre de 2023

Objetivo: Describe el enérgico empeño del programa en obtener seguro para todos los clientes.

CAREAssist OAR:

333-022: 1000, 1060, 1080

Política:

CAREAssist ha determinado que adquirir un seguro es el medio más rentable de prestar servicios a los clientes. Se llegó a esta determinación mediante la herramienta de rentabilidad de la organización Alianza Nacional de Directores Estatales y Territoriales del SIDA (National Alliance of State & Territorial AIDS Directors, NASTAD).

Se espera que todos los clientes se inscriban en el seguro cuando sean elegibles y cumplan con los requisitos del programa. El programa establece que la cobertura del seguro debe cubrir el 50 % o más de los costos de la receta. Se ofrecen servicios de inscripción en seguros específicos para el VIH en todo el estado a través de la Gestión de casos médicos y servicios internos proporcionados por asistentes sociales de CAREAssist. Los clientes que se niegan por completo a inscribirse en el seguro deben completar un formulario de consentimiento informado para personas que rechazan el seguro y solo son elegibles para recibir ayuda con el costo total de medicamentos de 14 clases, que incluyen el VIH, la hepatitis viral e infecciones oportunistas, también conocida como cobertura del Programa para personas sin seguro (Uninsured Persons Program, UPP) restringida.

Documentación requerida:

Antes de que se activen los beneficios, los clientes también deben proporcionar lo siguiente:

1. Si tienen seguro, una copia de la tarjeta de identificación de miembro y el Resumen de cobertura (Summary of Coverage, SOC) o Resumen de beneficios (Summary of Benefits, SOB). El SOC o SOB debe mostrar que el beneficio de medicamentos recetados cubre el 50 % o más del costo de la receta.
2. Si no tienen seguro, un comprobante de la solicitud presentada al seguro (copias de la solicitud y confirmación de su recepción).
3. Si no tienen seguro y rechazan el seguro, un "Consentimiento informado para personas que rechazan el seguro".

Procedimiento:

1. En el caso de los clientes sin seguro, revisar el SOC o el SOB y verificar que el plan cumpla con la cobertura esencial mínima (minimum essential coverage, MEC) del programa y cubra el 50 % o más del costo de la receta. Indicar en el registro de eventos que se recibió el SOC o el SOB. Actualizar el estado del cliente y toda la información pertinente. Si el cliente tiene nueva cobertura y no ha recibido la tarjeta de identificación del seguro, el asistente social hará un seguimiento con el cliente para obtener una copia de la tarjeta de identificación del seguro.

Nota: No se requiere el SOC o SOB para clientes con planes Medicaid/Medicare D/Advantage de Oregon.

Se requiere un nuevo registro de seguro cada año para todos los clientes.

2. Los asistentes sociales inscribirán a los clientes y ofrecerán orientación si el cliente lo solicita por su cuenta. Una vez que se reciba el comprobante de la solicitud, revisar y verificar que se haya presentado una solicitud completa. Determinar la fecha de vigencia y actualizar el registro electrónico del cliente con toda la información pertinente. Si el asistente social de CAREAssist determina que el cliente o solicitante no es elegible para ninguna cobertura disponible y no tiene un período de inscripción especial (special enrollment period, SEP) para inscribirse en un plan fuera del intercambio de seguros, el asistente social solicitará que el administrador de casos complete el formulario de la herramienta del UPP y lo envíe a CAREAssist para su aprobación. Para que un cliente sea elegible para el UPP, se requiere que se esté en Gestión de casos. Si el cliente no está en Gestión de casos, el asistente social de CAREAssist conectará al cliente con los servicios de Gestión de casos. El asistente social aprobará o rechazará la herramienta del UPP y notificará al solicitante y al administrador de casos la determinación de la herramienta del UPP. Ingresar toda la información correspondiente en el registro de eventos.
3. En el caso de los clientes sin seguro que rechazan la cobertura, enviar por correo al cliente el *formulario de consentimiento informado para personas que rechazan el seguro*. El aviso debe indicar la fecha límite para devolver el formulario y las consecuencias de no hacerlo. Como mínimo, los clientes deben confirmar que:
 - a. rechazan el seguro para el cual son elegibles; y
 - b. están obligados a tener un seguro médico adecuado según la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA);
 - c. reúnen los requisitos para recibir ayuda con el costo de los medicamentos para tratar el VIH, la hepatitis viral, infecciones oportunistas y de otras clases; y
 - d. pueden disponer de beneficios adicionales del programa si cumplen con los requisitos y se inscriben en la cobertura.

Una vez recibido, actualizar el estado del cliente a UPP restringido y agregar toda la información pertinente, incluidas las notas, en el registro de eventos.

GRUPOS DE BENEFICIOS

Fecha de entrada en vigencia: septiembre de 2023

Objetivo: Describe los grupos de beneficios del programa.

CAREAssist OAR:

333-022: 1060

Dólares de último recurso

Los fondos de Ryan White están destinados a llenar vacíos en la atención y servir como pagador de último recurso. La sección 2617(b)(7)(F) de la legislación del programa de VIH/SIDA de Ryan White establece:

El estado se asegurará de que los fondos de subsidios no se utilicen para realizar pagos de ningún producto o servicio por el que ya se haya pagado o pueda razonablemente esperarse que se pague, con relación a ese artículo o servicio:

- (i) *bajo cualquier programa de compensación del estado, bajo una póliza de seguro, o bajo cualquier programa de beneficios de salud federal o estatal;*
o
- (ii) *por una entidad que proporcione servicios de salud de forma prepagada (excepto un programa administrado por el Servicio de Salud Indígena o que preste los servicios de este).*

Política:

Después de que CAREAssist determine que un cliente es elegible y el solicitante esté asegurado o en proceso de solicitud, los clientes se inscribirán en un grupo de beneficios en función de la elegibilidad para el seguro y el tipo de seguro primario. Para los solicitantes sin seguro, consultar la sección 9 para conocer los requisitos adicionales.

Procedimiento:

1. Asignar a los solicitantes aprobados a un grupo de beneficios, como se define a continuación.
2. Si el seguro cambia y el grupo de beneficios necesita actualizarse, la fecha de entrada en vigencia para el nuevo grupo será la fecha de entrada en vigencia de la nueva cobertura.

Si el seguro cambia y el cliente tiene temporalmente una doble inscripción, comuníquese con el cliente y determine qué seguro debería usarse para el resto del mes. Actualizar el grupo de beneficios según corresponda.

Grupo de beneficios de CAREAssist	Tipo de seguro
Grupo 1	Pólizas privadas/individuales/grupales y Medicare
Grupo 2	Medicaid y VA

Programa de personas sin seguro (Uninsured Persons Program, UPP)	Actualmente no elegible para el seguro
--	--

Prioridades de seguro

Fecha de entrada en vigencia: 1 de enero de 2014, actualizado en septiembre de 2023

Objetivo: Describe el requisito de inscripción en una cobertura rentable.

CAREAssist OAR: 333-022: 1000

Política:

1. Los clientes elegibles para el seguro público, como Medicaid y Medicare o un seguro asequible patrocinado por el empleador que cumpla con los requisitos de cobertura esencial mínima de CAREAssist deben inscribirse en dicha cobertura. CAREAssist siempre corresponde a fondos de último recurso.
2. Todos los clientes no elegibles para Medicaid, Medicare, el seguro colectivo del empleador o quienes tengan Asuntos de veteranos (Veteran Administration, VA) y elijan no usarlo se inscribirán en un plan de nivel plata fuera del intercambio de seguros.
3. Los clientes que se nieguen por completo a inscribirse en la cobertura más rentable identificada por el programa no serán elegibles para la ayuda para las primas en una póliza individual privada. Estas personas pueden:
 - a. pagar la prima de la póliza privada que puedan tener; o
 - b. rechazar el seguro, completar el consentimiento informado para hacerlo y recibir ayuda con el costo de los medicamentos para tratar el VIH, la hepatitis viral y las infecciones oportunistas solamente (**Programa para personas sin seguro restringido [Uninsured Persons Program, UPP]**)¹.
4. Los clientes que previamente rechazaron la cobertura reunirán los requisitos para obtener beneficios adicionales si se inscriben en la cobertura rentable identificada por el programa.

Informe de discrepancias con el Plan de Salud de Oregon

El coordinador de servicios al cliente de CAREAssist (o el coordinador del programa, como apoyo) recibirá el informe de discrepancias mensualmente y lo filtrará por asistente social y lo distribuirá a cada asistente social, quien, a su vez, decidirá sobre las discrepancias.

EL INFORME DE DISCREPANCIAS DEL PLAN DE SALUD DE OREGON (OREGON HEALTH PLAN, OHP) MUESTRA:	ACCIÓN DEL ASISTENTE SOCIAL/SEGUIMIENTO:
--	--

<p>El cliente tiene cobertura grupal y el OHP. CAREAssist no paga las primas.</p>	<p>1. El asistente social se comunicará con el cliente y le preguntará qué cobertura está usando como principal y documentará la respuesta en el registro de eventos.</p>	<p>1. Si el cliente está usando la cobertura grupal como primaria, la cobertura grupal se indicará como primaria y el OHP como secundario.</p>
	<p>2. El asistente social también debe examinar ED para ver si tenemos reclamaciones médicas y de medicamentos recetados. Si la respuesta del cliente es que el OHP es el primario y se han proporcionado medicamentos recetados en virtud de su seguro privado, no asignar carácter retroactivo al OHP a menos que la farmacia pueda retirar las reclamaciones y facturar al OHP. Documentar dichos eventos en el registro de eventos.</p>	<p>2. El asistente social o el administrador de casos debe ayudar a los clientes a actualizar el OHP con la responsabilidad de terceros (Third Party Liability, TPL) o a darse de baja voluntariamente del OHP.</p>
<p>El cliente tiene cobertura grupal y el OHP. CAREAssist paga las primas.</p>	<p>1. El asistente social se comunicará con el cliente y le preguntará qué cobertura está usando como primaria. Si el cliente es elegible para el OHP por los ingresos, debe usar el OHP. No podemos pagar primas para coberturas grupales o una póliza privada si el cliente tiene el OHP. El asistente social también debe examinar ED para ver si tenemos reclamaciones médicas y de medicamentos recetados. Si la respuesta del cliente es que el OHP es el primario y se han proporcionado medicamentos recetados en virtud de su seguro privado, no asignar carácter retroactivo al OHP a menos que la farmacia pueda retirar las reclamaciones y facturar al OHP. Documentar dichos eventos en el registro de eventos.</p>	<p>1. El asistente social o el administrador de casos ayudarán al cliente a informar la cobertura grupal y a darse de baja voluntariamente del OHP¹.</p> <p>2. Mientras el OHP aún se encuentre activo, debemos incluir tanto la cobertura grupal como la del OHP en la pestaña de seguro. Un plan primario (plan pagado) y uno secundario (OHP).</p> <p>3. El cliente finalizará el OHP¹ o la póliza grupal o privada dependiendo de para cuál de estas sea elegible según sus ingresos.</p>
<p>Una organización de atención coordinada (Coordinated Care Organizations, CCO) distinta de la que indicamos en la pestaña de seguro.</p>	<p>El asistente social verificará en el Sistema de Información de Administración de Medicaid (Medicaid Management Information System, MMIS): la CCO y el estado de elegibilidad.</p>	<p>El asistente social actualizará la CCO del registro de seguro del OHP con la información actual hallada en el MMIS.</p>

Nota: CAREAssist nunca puede demostrar que el Plan de Salud de Oregon era el primario y estaba activo en el que suministramos medicamentos en virtud del grupo 1, UPP o Bridge A MENOS QUE logremos que la farmacia retire esas reclamaciones y vuelva a facturar al Plan de Salud de Oregon.

¹Consulte la sección 3 (Requisitos de seguro) para acceder a las instrucciones para el consentimiento informado.

Solicitud de excepción del seguro (excepciones al mandato de seguro patrocinado por el empleador [employer sponsored insurance, ESI])

Fecha de entrada en vigencia: 1 de marzo de 2022, actualizado en septiembre de 2023

Objetivo: Describe las circunstancias en las cuales un cliente puede solicitar la autorización previa para rechazar la inscripción en el seguro para el cual es elegible.

OAR: N/C

Política:

1. Los clientes elegibles para el Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP) o un seguro colectivo a través de un empleador, propio, de un cónyuge o pareja, o del empleador de una pareja deben aceptar dicha cobertura, a menos que soliciten una excepción de seguro (insurance exception, IEA) y presenten documentación, como se describe a continuación.
2. Las excepciones de seguro (IEA) deben aprobarse una vez al año, por lo general, en octubre. Los asistentes sociales deben hacer un seguimiento de sus clientes con IEA para obtener un nuevo formulario cada año.
3. Si el cliente es elegible para otro seguro durante el año y aún así elige rechazar la nueva cobertura, se debe completar una nueva IEA.
4. Si se aprueba la excepción, el asistente social derivará al cliente a un plan de seguro fuera del intercambio de seguros y lo ayudará a inscribirse en el plan.
5. Documentar los pasos y el proceso en el registro de eventos.

Motivo de la solicitud	Documentación requerida
1. El empleador no acepta nuestro pago en nombre del cliente	Carta del empleador
2. El empleado tiene temor de ser discriminado o perder su empleo	Explicación firmada por el cliente
3. El cliente omitió el período de inscripción abierta del empleador	Indique el próximo período de inscripción abierta del empleador en la página siguiente.

4. El plan exige el uso de una farmacia fuera de la red	Resumen de beneficios y cobertura, o confirmación de la farmacia de la red de CAREAssist
5. La persona con cobertura del seguro de los padres tiene temor de una divulgación	Explicación firmada por el cliente
6. El plan no cubre servicios relacionados con VIH, salud mental o transexualidad (otras exclusiones en función de cada caso particular)	Resumen de beneficios y cobertura
7. Falta de proveedores para la comunidad en la zona (en 50 millas)	Carta del proveedor
8. La interrupción del tratamiento de duración limitada o del tratamiento actual del proveedor sería perjudicial	Carta del proveedor, que incluya la duración del tratamiento.
9. El seguro es de corta duración o irregular (rotación laboral, puesto temporal, cambios en los ingresos, edad)	Explicación firmada por el cliente
10. El plan de salud colectivo del empleador supera el 9.5 % de los ingresos brutos del grupo familiar del cliente (solo para la prima médica del cliente)	Documentación del plan del empleador
11. El empleador no ofrece un seguro colectivo	Carta del empleador
12. El cliente no es elegible para el seguro colectivo del empleador	Carta del empleador

REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN PARA PLANES FUERA DEL INTERCAMBIO DE SEGUROS

Fecha de entrada en vigencia: 8 de marzo de 2022, actualizado en septiembre de 2023

Objetivo: Describe los requisitos cuando los clientes se inscriben en planes fuera del intercambio de seguros.

Política:

Los clientes que solicitan un seguro fuera del intercambio de seguros harán lo siguiente:

1. Los clientes deberán inscribirse en un plan que cumpla con la cobertura esencial mínima (minimum essential coverage, MEC) de CAREAssist, según la cual el seguro debe cubrir el 50 % o más del costo de los medicamentos recetados.
2. Los clientes notificarán al programa cualquier cambio en la elegibilidad para el seguro o la prima mensual.

Procedimiento:

Los trabajadores sociales y los socios de gestión de casos deben obtener el estado de cuenta de la prima y proporcionárselo a CAREAssist. CAREAssist debe tener archivada una copia del estado de cuenta de la prima actual que se está pagando.

Los asistentes sociales usarán los enlaces del seguro proporcionados por DDI cuando inscriban a clientes en un plan fuera del intercambio de seguros. Los administradores de casos también pueden usar DDI.

Nota: Si el cliente es elegible para un plan fuera del intercambio de seguros, además de los asistentes sociales de CAREAssist, los administradores de casos y asistentes de seguros pueden inscribir a los clientes en planes fuera del intercambio de seguros. Para la inscripción en compañías que exigen el pago con tarjeta de crédito (tarjeta estatal de pago del Sistema de Transacciones de Oregon [State P-Card of Oregon Transaction System, SPOTS]) al momento de la solicitud, solo los asistentes sociales podrán realizar la inscripción. La información de la tarjeta SPOTS nunca es gestionada por nadie que no sea el titular de la tarjeta.

RECERTIFICACIÓN

Fecha de entrada en vigencia: 16 de marzo de 2022, actualizado en septiembre de 2023

Objetivo: Describe la políticas y los procedimientos del programa relacionados con las revisiones de elegibilidad.

CAREAssist OAR:
333-022: 1090

Política:

La elegibilidad de los clientes de CAREAssist para el programa se revisa al menos cada doce (12) meses, o seis (6) meses, dependiendo del grupo de seguro. Sin embargo, el programa puede solicitar una revisión de elegibilidad en cualquier momento. Se requiere una revisión de elegibilidad del cliente (Client Eligibility Review, CER) completada y un comprobante de ingresos y residencia de cada cliente que solicite renovar su elegibilidad en CAREAssist.

Requisitos de la CER:

Para la revisión anual de la CER, debe enviarse la CER completa y toda la documentación. Para todos los clientes que reciben una CER breve, semestral, a mitad de año, se acepta una autodeclaración.

A partir del 1 de octubre de 2023, CAREAssist aceptará la firma electrónica de los clientes en la CER, el formulario de residencia o la solicitud.

Procedimiento:

1. A los clientes se les envía automáticamente una CER dos meses antes del vencimiento de la elegibilidad.
2. Se envía una lista de los clientes que reciben la CER a los administradores de casos.
3. Si no hemos recibido la CER de los clientes, se envía un recordatorio de cortesía a los clientes, aproximadamente una semana antes de la fecha de vencimiento de la CER.

(Ejemplo: la elegibilidad vence el último día de junio. La solicitud de la CER se envía la primera semana de mayo. El recordatorio de cortesía se envía la última semana de mayo).

4. Se envía una lista actualizada a los administradores de casos correspondientes,

que muestra los clientes que aún deben devolver su CER.

5. Al recibir la CER anual (larga), el asistente social hará lo siguiente:
 - a) Confirmará que está completa y firmada.
 - b) Verificará que la dirección residencial coincida con la que figura en el documento de residencia.
 - c) Determinará los ingresos mensuales familiares brutos.
 - d) Si el seguro ha cambiado y se trata de un seguro colectivo o privado, se requiere un nuevo Resumen de cobertura (Summary of Coverage, SOC) o Resumen de beneficios (Summary of Benefits, SOB), además de la nueva tarjeta del seguro.
 - e) Actualizará el registro del cliente, según corresponda, y hará notas en el Registro de eventos.
 - f) Cuando ingrese la nueva elegibilidad, se activará una nueva tarjeta de identificación de Ramsell.

6. Al recibir la CER semestral (corta), el asistente social hará lo siguiente:
 - a) Confirmará que está completa y firmada.
 - b) Actualizará el registro del cliente, según corresponda, y hará notas en el Registro de eventos.
 - c) Si el cliente marca "No" en una casilla y no adjunta ninguna documentación para justificar la respuesta, el asistente social se comunicará con el cliente para aclararlo y solicitar la documentación requerida e incluirá al administrador de casos, si corresponde. Incorporación de documentos y hallazgos en el registro de eventos
 - d) Si la documentación faltante no se recibe para la fecha de vencimiento, el asistente social enviará por correo una carta restringida al cliente y enviará por correo electrónico una copia al administrador de casos si el cliente está en gestión de casos.

El ingreso de un nuevo estado activa una nueva tarjeta de identificación de Ramsell.

Nota: Grupo 2 PROYECTO PILOTO DE LA CER según PCN 21-02. Vigencia: 1-jul-2023 al 30-jun-2024 CAREAssist pondrá a prueba un proyecto para todos los clientes del grupo 2. El piloto consistirá en 1 CER en un período de 12 meses en lugar de 2.

PROGRAMA DE PERSONAS SIN SEGURO (Uninsured Persons Program, UPP)

Fecha de entrada en vigencia: 21 de diciembre de 2021, actualizado en septiembre de 2023

Objetivo: Describe los beneficios y requisitos relacionados con el UPP.

CAREAssist OAR:
333-022: 1140; 1080

Política:

Los clientes que no son elegibles para el seguro público o privado o que no aceptan el seguro público reúnen los requisitos para lo siguiente:

1. Cobertura del costo total de un suministro para 30 días mensual de cualquier medicamento en el formulario de Bridge/UPP/Restringido. Pueden hacerse excepciones con la aprobación de la dirección.
2. Cobertura del costo total en códigos de Terminología actualizada de procedimientos médicos (Current Procedural Terminology, CPT) específicos, limitados para servicios médicos necesarios para tratar el VIH/hogares con vales de elección de vivienda (Housing Choice Voucher, HCV) mencionados en la lista de códigos CPT de Bridge/UPP.

Elegibilidad:

1. Cumplir todos los requisitos de elegibilidad del programa.
2. No ser elegible para el seguro público y privado que cumpla con la cobertura esencial mínima (Minimum Essential Coverage, MEC) de CAREAssist y cubra el 50 % o más de los medicamentos recetados.
3. Estar inscrito en Gestión de casos de Ryan White, si la necesidad del UPP va a extenderse por más de 30 días.

Expectativas: El cliente y/o su administrador de casos debe notificar al programa de inmediato si el cliente cumple los requisitos para obtener un seguro.

Procedimiento:

1. El asistente social, el administrador de casos o el especialista en inscripciones de CAREAssist seleccionará a los clientes para acontecimientos de vida calificadoros y períodos de inscripción especiales, para confirmar que el cliente no es elegible para el seguro. Si el cliente o el solicitante no tiene un administrador de casos y se espera que el UPP se extienda por más de 30 días, se lo deberá derivar a la agencia asociada de gestión de casos de RW para establecer la atención a fin de cumplir el requisito de elegibilidad del UPP.
2. El asistente social, el administrador de casos o el especialista en inscripciones de CAREAssist informarán a los clientes o solicitantes qué eventos de vida les conceden un período de inscripción especial (Special Enrollment Period, SEP).

3. Si el solicitante no reúne los requisitos para un SEP, el asistente social, el administrador de casos o el especialista en inscripciones de CAREAssist completarán la herramienta del UPP (formulario OHA8494). Si se trata de un cliente nuevo, será necesario presentar una solicitud completa de CAREAssist y la herramienta del UPP. Si se trata de un cliente existente, solo será necesario presentar la herramienta del UPP.
4. Una vez completada, el asistente social de CAREAssist actualizará el registro del cliente con toda la información pertinente y notificará al cliente y al administrador de casos o especialista en inscripciones, si corresponde, por teléfono o por escrito.

Nota: La falta de la herramienta del UPP es un factor que influye a la hora de activar los beneficios. El cliente puede ser elegible, (3) Solic.: elegibilidad determinada está completa, pero si el trabajador social no ha recibido la herramienta del UPP completa, no podremos activar los beneficios y no podremos agregar (2) Solic.: completa. La herramienta del UPP es un requisito del programa. Si esto sucede y seguimos recibiendo la herramienta del UPP dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la solicitud, el asistente social debe retroceder al inicio del período de elegibilidad para que coincida con la misma fecha del seguimiento de la solicitud, (3) Solic. de CAREAssist: elegibilidad determinada, agregar (2) Solic.: completa con la fecha en que se recibió la herramienta del UPP y seguir 5A de la sección 1, Proceso de solicitud. Si no recibimos la herramienta del UPP dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la solicitud, la solicitud se rechazará y seguiremos 5B de la sección 1, Proceso de solicitud.

PROGRAMA BRIDGE

Fecha de entrada en vigencia: 1 de julio de 2008, actualizado en septiembre de 2023

Objetivo: Describe el requisito de inscripción en una cobertura rentable.

CAREAssist OAR:

333-022: 1140; 1080

Política:

El programa Bridge de CAREAssist cumple todos los criterios para el inicio rápido.

Las personas que aún no son miembros de CAREAssist y necesitan cobertura de emergencia para medicamentos recetados relacionados con su atención del VIH pueden ser elegibles para un suministro de hasta 30 días de medicamentos del [formulario de Bridge/Programa de personas sin seguro \(Uninsured Persons Program, UPP\)/Restringido](#), a través del programa Bridge.

Este programa también puede asistir con [visitas médicas limitadas y análisis de laboratorio](#) necesarios para determinar los regímenes de tratamiento del VIH apropiados. La ayuda proporcionada en virtud de este programa tiene como fin ayudar a las personas a satisfacer necesidades de acceso a medicamentos urgentes mientras solicitan y se inscriben en CAREAssist y otros programas de ayuda para medicamentos a largo plazo, si son elegibles.

Beneficios del programa Bridge

Los beneficios del programa Bridge se aplican a fechas de servicio en la fecha de inscripción o después:

- Se pagará el costo completo de un suministro para un mes como máximo de los medicamentos recetados, entregados dentro del período de 30 días de Bridge. Solo los [medicamentos del formulario de Bridge/UPP/Restringidos](#) están disponibles para un cliente de Bridge y pueden ser entregados solo por una [farmacia dentro de la red de CAREAssist](#). Para conocer las excepciones, consulte Costos cubiertos y Excepciones de proveedores. No se cubren los medicamentos de venta libre.
- Costo total de los análisis de laboratorio y visitas médicas realizadas en un entorno ambulatorio y necesarias para facilitar el acceso a la terapia con medicamentos relacionados con el VIH por un máximo de 30 días. [Consulte los códigos de Terminología de procedimiento actual \(Current Procedural Terminology, CPT\) aceptables aquí.](#)

Elegibilidad para el programa Bridge

- El solicitante debe tener infección por VIH documentada y confirmada por un

proveedor médico autorizado a recetar antirretrovirales (ARV), cuya firma debe aparecer en la solicitud de Bridge.

- El solicitante debe residir en Oregon.
- El solicitante debe tener ingresos equivalentes al 550 % o inferiores al nivel de pobreza federal (federal poverty level, FPL).
- El solicitante debe solicitar programas de ayuda para medicamentos a largo plazo, como Medicaid, Medicare, cobertura grupal, seguro privado y CAREAssist.
- El solicitante no debe haber recibido ayuda de Bridge y/o no haberse dado por terminada ni haberse restringido su participación en el programa de CAREAssist dentro de los últimos 365 días.

Políticas del programa Bridge

1. La ayuda proporcionada en virtud de este programa tiene como fin ayudar a las personas a satisfacer necesidades de acceso a medicamentos mientras solicitan y se inscriben en otros programas de ayuda para medicamentos a largo plazo. Pueden proporcionarse hasta 30 días de ayuda. CAREAssist no asume ninguna responsabilidad continua de proporcionar a los miembros de Bridge medicamentos o atención médica, visitas médicas limitadas y análisis de laboratorio, más allá del beneficio de 30 días.
2. Los solicitantes de Bridge deben estar disponibles para cooperar con el asistente social de CAREAssist a fin de garantizar el progreso hacia un medio sostenible de acceso a los medicamentos. En caso contrario, se podría producir la cancelación de la inscripción en Bridge. Como mínimo, se espera que el cliente presente una solicitud de CAREAssist dentro de los 30 días de la inscripción en Bridge.
3. La solicitud del programa Bridge debe estar firmada por un proveedor médico con licencia para recetar medicamentos para el VIH.
4. Todos los medicamentos recetados cubiertos por el programa Bridge deben obtenerse a través de una farmacia de la red de CAREAssist, excepto los clientes mutuos del Condado de Multnomah, que pueden surtir sus medicamentos de Bridge en la farmacia Westside del Condado de Multnomah.
5. El programa Bridge no está disponible para personas que tienen cobertura del seguro de salud primario, salvo que la dirección de CAREAssist haya autorizado una excepción. Las personas que tienen seguro de salud primario deben completar una solicitud de CAREAssist para recibir ayuda continua y hablar con un asistente social.

Procedimientos del programa Bridge

Solicitud de Bridge: Se requiere una solicitud de Bridge completada y *firmada tanto por el cliente como por su proveedor médico.*

1. Verificación del VIH: Solo un proveedor médico con licencia para recetar medicamentos está autorizado a verificar el VIH y firmar la solicitud de Bridge.
2. Ingresos: El solicitante debe tener ingresos equivalentes al 550 % o inferiores al FPL. Se acepta una autodeclaración.
3. Residencia: El solicitante debe ser residente de Oregon. Se acepta una autodeclaración.
4. La fecha de entrada en vigencia de la cobertura Bridge será la fecha en que CAREAssist reciba la solicitud de Bridge completa. Las solicitudes de Bridge son una prioridad y se aprobarán el mismo día en que se reciba la solicitud de Bridge completada.
5. Si se aprueba, se enviará una notificación a la farmacia y al proveedor médico/administrador de casos.
6. Si se rechaza, se informará al proveedor médico/administrador de casos.

Bridge: costos cubiertos y expectativas del proveedor

1. Los clientes de Bridge pueden surtir los medicamentos de Bridge en la farmacia Westside del Condado de Multnomah. Esta es la única excepción a la red de farmacias cuando CAREAssist paga el costo total.
2. La cobertura de Bridge está disponible para los proveedores médicos que evalúan la necesidad médica urgente o inmediata de un cliente de acceder a los medicamentos.
3. [Una lista de los códigos CPT aprobados por Bridge está disponible en el sitio web del programa](#) para ayudar a los proveedores a solicitar las pruebas de laboratorio que se cubrirán.
4. CAREAssist solo paga el equivalente genérico de menor costo (cuando esté disponible). A partir del 1 de octubre de 2010, CAREAssist reembolsará a los proveedores el 125 por ciento de la División de Programas de Ayuda Médica (Division of Medical Assistance Programs, DMAP) de Oregon (Medicaid) para los [códigos CPT autorizados e incluidos en el sitio web de CAREAssist](#). Cuando CAREAssist actúa como primario, se aceptará el pago completo. Está prohibida la facturación de saldos.

SISTEMA DE FARMACIAS Y REQUISITOS DEL PROGRAMA

Fecha de entrada en vigencia: 1 de mayo de 2013, 4 de abril de 2022, 20 de octubre de 2023

Objetivo: Describe el programa de farmacia utilizado para dispensar medicamentos a los clientes de CAREAssist.

CAREAssist OAR:

333-022: 1070; 1080

Política:

1. CAREAssist cuenta con una red definida de farmacias contratadas. Esta red se desarrolló para tener la mayor cobertura geográfica en función del uso histórico de los servicios de farmacia por parte de los clientes.
2. Se hará referencia a la red de farmacias de CAREAssist como “dentro de la red”. Actualmente, hay 38 farmacias contratadas; la [lista y sus ubicaciones](#) pueden encontrarse en los sitios web de CAREAssist y Ramsell. Dos farmacias dentro de la red atienden pedidos por correo.
3. Los clientes deben usar una farmacia dentro de la red de CAREAssist para todos los medicamentos no designados como agudos en el formulario, si desean que CAREAssist intervenga en la reclamación. Todos los “medicamentos de mantenimiento” que se toman de manera constante (los que normalmente tienen los resurtidos autorizados por el médico que receta) deben surtirse en una farmacia dentro de la red para que CAREAssist intervenga en la reclamación. Estos fármacos a veces se denominan medicamentos para enfermedades crónicas.
4. Pueden hacerse excepciones a la red cuando el seguro primario de los clientes les indica usar una farmacia fuera de la red. Los clientes deben presentar documentación de su compañía, que en general se encuentra en el resumen de cobertura, donde se indica el uso de esa farmacia. Una excepción aprobada se debe documentar en Ramsell y en el registro de eventos. Aunque la farmacia no sea una farmacia dentro de la red, es posible que esta pueda adjudicar a través de Ramsell. Las farmacias fuera de la red que no puedan adjudicar a través de Ramsell necesitarán el pago de copagos y deducibles del cliente a través de una tarjeta estatal SPOTS.
5. Excepciones de farmacia: La farmacia Westside del Departamento de Salud del Condado de Multnomah tiene una excepción permanente a la política del programa en la que los clientes pueden continuar usando las farmacias dentro del sistema de farmacias del condado designadas como Centro de salud habilitado a nivel federal. El Condado de Multnomah debe adjudicar todas las reclamaciones para los clientes de CAREAssist, por los cuales recibirá un copago de \$2 a cambio de los datos. Al Departamento de Salud del Condado de Multnomah también se le paga una tarifa de \$20.00 por cada medicamento de

Bridge que dispensa. Se debe informar a los clientes que tienen la opción de surtir los medicamentos fuera del sistema de farmacias del Condado de Multnomah y no se les puede indicar que usen solo farmacias del Condado de Multnomah.

6. CAREAssist cubrirá todo el gasto de bolsillo, lo que significa que un cliente no debería incurrir en ningún gasto cuando obtenga medicamentos recetados.
7. CAREAssist no paga los gastos de envío de los medicamentos. Las farmacias dentro de la red de CAREAssist no cobran el envío.
8. CAREAssist sigue al seguro primario. En la mayoría de los casos, el programa no permitirá dispensar medicamentos de marca a un cliente cuando un genérico sea la opción preferida del seguro médico. Del mismo modo, CAREAssist permite a sus farmacias contratadas dispensar medicamentos de marca cuando el seguro lo permite y no exige sustituirlos por una versión genérica.
9. Excepción de tadalafilo/sildenafil para la hiperplasia prostática benigna (HPB) y la hipertensión arterial pulmonar (HAP); consulte el documento "Proceso con Cialis para la HPB/HAP" o [Formulario preferido](#).

Procedimiento:

1. CAREAssist seguirá la póliza de seguro en relación con los medicamentos dispensados. Esto significa que si el seguro permite un suministro para 90 días, CAREAssist permitirá un suministro para 90 días. De manera similar, si el seguro permite un surtido número 13 en un período de 12 meses, CAREAssist igualmente aprobará dicho suministro. Los surtidos para vacaciones, surtidos anticipados y surtidos de reemplazo son aprobados o rechazados primero por el seguro médico del cliente. CAREAssist seguirá la determinación tomada por su seguro médico. Una excepción debe estar aprobada por el administrador del programa, el administrador de servicios al cliente, el coordinador del programa o el coordinador de servicios al cliente de CAREAssist.
2. CAREAssist sigue las pautas de tratamiento del VIH del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS). El administrador de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefits Manager, PBM) de CAREAssist evalúa los regímenes de medicamentos para garantizar que se sigan las pautas. En caso de que no se siga una pauta o recomendación de tratamiento, el PBM bloqueará el pago por parte de CAREAssist hasta que el médico que receta haya enviado un formulario de autorización previa al farmacéutico clínico en el PBM. CAREAssist no aprueba la idoneidad de la orden de un médico que receta pero tiene la obligación de asegurarse de que los fondos del programa no se usen para dispensar un medicamento (o combinación de medicamentos) que sería perjudicial para el cliente o aquellos que no se ajustan a las pautas publicadas del DHHS.

Servicios de farmacia para Bridge, el período sin cobertura o el costo total aprobado:

- Todos los medicamentos dispensados durante la cobertura de Bridge, el período sin cobertura o el costo total deben surtirse en una farmacia dentro de la red. CAREAssist autoriza un surtido para 30 días cuando paga el costo total.
- Cuando un cliente asegurado por Kaiser surte medicamentos de costo total en una farmacia Safeway/Albertson dentro de la red de CAREAssist porque el medicamento no está en el formulario de Kaiser, pero sí en el formulario de CAREAssist, se debe iniciar una anulación especial antes de se adjudique la reclamación. Este proceso de anulación debe completarse cada vez que el cliente asegurado por Kaiser surte un medicamento en una farmacia Safeway/Albertson dentro de la red de CAREAssist. El asistente social se comunicará con la dirección de CAREAssist, proporcionará el número de identificación del cliente, la ubicación de la tienda Safeway/Albertson y el medicamento. Solo la dirección de CAREAssist puede solicitar la anulación a través del equipo 340B de Safeway/Albertson.
- Se ofrece un suministro de hasta 30 días.

Términos y definiciones:

- *Dentro de la red:* una farmacia que ha firmado un contrato con CAREAssist (Oregon Health Authority, OHA) y, por lo tanto, está incluida en el procedimiento de reabastecimiento de farmacia 340B.
- *Fuera de la red:* una farmacia que no tiene un contrato con CAREAssist (OHA), pero es la farmacia designada para un cliente, según lo requerido por el seguro médico del cliente. Si el requisito está definido por el seguro médico, la farmacia fuera de la red puede surtir los medicamentos.
- *Medicamentos para enfermedades crónicas:* son los que un cliente toma de forma continua. Todos los fármacos que tienen aprobados varios resurtidos por los proveedores médicos que recetan se consideran medicamentos para enfermedades crónicas. Los medicamentos para el VIH se consideran medicamentos para enfermedades crónicas. Los medicamentos para enfermedades crónicas DEBEN surtirse en una farmacia dentro de la red de CAREAssist, a menos que lo prohíba la póliza de seguro.
- *Medicamentos para enfermedades agudas:* son aquellos que un cliente toma a corto plazo o por única vez. Estos medicamentos suelen ser, por ejemplo, antibióticos. No deben confundirse con los medicamentos de primera vez.
- *Farmacia participante:* una farmacia fuera de la red que ha firmado un acuerdo de facturación con el PBM de CAREAssist, pero no participa en el modelo de reabastecimiento.

FORMULARIOS

Fecha de entrada en vigencia: mayo de 2016; actualizado en octubre de 2016, 19 de abril de 2022, 20 de octubre de 2023

Objetivo: Describe los medicamentos disponibles a través de CAREAssist.

CAREAssist OAR:
333-022: 1000

Política:

CAREAssist mantiene los siguientes formularios, disponibles en las páginas web de CAREAssist y Ramsell:

Formulario	Descripción
Bridge/Programa de personas sin seguro (Uninsured Persons Program, UPP)/Restringido	Limitado a clientes de Bridge, el UPP y Restringidos únicamente
Agudo preferido	Número de medicamentos limitados disponibles en farmacias no preferidas

1. Cada formulario está disponible en línea en los sitios web de [Ramsell](#) y [CAREAssist](#).
2. La revisión clínica del formulario se realizará anualmente, en colaboración con Ramsell.
3. CAREAssist mantiene un formulario abierto para los clientes que no están en Bridge, el UPP o están restringidos en el programa.
 - a. Los clientes sin seguro pueden obtener cualquier medicamento cubierto en su costo total en el formulario de Bridge/UPP/Restringido, independientemente de que acepten el seguro cuando sean elegibles.
- Los clientes con seguro pueden obtener cualquier medicamento cubierto en su costo total en el formulario abierto, siempre que la autorización previa (previous authorization, PA) haya sido denegada por el seguro primario como “medicamento no cubierto” en la lista del formulario del seguro del cliente, o no esté en la lista de exclusión de medicamentos de CAREAssist. Cuando un cliente asegurado por Kaiser surte medicamentos de costo total en una farmacia Safeway/Albertson dentro de la red de CAREAssist porque el medicamento no está en el formulario de Kaiser, pero sí en el formulario de CAREAssist, se debe iniciar una anulación especial antes de que se adjudique la reclamación. Este proceso de anulación debe completarse cada vez que el cliente asegurado por Kaiser surte un medicamento en una farmacia Safeway/Albertson dentro de la red de CAREAssist. Los asistentes sociales se comunicarán con la dirección de CAREAssist, proporcionarán el número de identificación del cliente, la ubicación

de la tienda Safeway/Albertson y el medicamento. Solo la dirección de CAREAssist puede solicitar la anulación a través del equipo 340B de Safeway/Albertson.

- b. La lista de exclusión de medicamentos incluye medicamentos recetados para lo siguiente:
 - i. Anorexia, pérdida de peso, aumento de peso
 - ii. Fertilidad
 - iii. Crecimiento del cabello o fines estéticos
 - iv. Medicamentos para tratar la disfunción eréctil (*excepto cuando se ha documentado su uso para la hiperplasia prostática benigna [HPB] o la hipertensión arterial pulmonar [HAP]*). Documentación: La carta del médico que receta debe indicar que el cliente ha probado otros medicamentos y que el médico que receta considera que este es el único medicamento que tratará exitosamente la HPB o la HAP. Enviar un correo electrónico seguro a PSR@ramsellcorp.com con copia a tjenness@ramsellcorp.com con la solicitud de excepción y agregar una nota en el portal de Ramsell y en el registro de eventos.
 - v. Vitaminas y productos minerales recetados (*la excepción incluye prenatales, flúor, niacina, análogos de la vitamina D y vitaminas B*)
 - vi. Medicamentos sin receta
 - vii. Suplementos nutricionales/dietéticos

Equipo médico duradero (*excepciones, suministros para la diabetes disponibles en la farmacia y otros equipos médicos duraderos (durable medical equipment, DME) disponibles a través del proceso de administradores externos [third-party administrator, TPA]*).

DEDUCIBLES, COPAGOS Y COSEGURO DEL SERVICIO MÉDICO

Fecha de entrada en vigencia: 1 de julio de 2003; revisado el 1 de mayo de 2013, 20 de octubre de 2023

Objetivo: Identifica las políticas y los procedimientos específicos de los componentes de pago del copago y el deducible de CAREAssist.

CAREAssist OAR:
333-022-1080

Política:

1. Cuando es posible, los pagos de CAREAssist se realizan mediante garantías emitidas por el estado. Los pagos también pueden realizarse utilizando la tarjeta Visa emitida por el estado (tarjeta estatal de pago del Sistema de Transacciones de Oregon [State P-Card of Oregon Transaction System, SPOTS]) para procesar los pagos de copagos y deducibles.
2. CAREAssist procesará los pagos de copagos y deducibles solo si:
 - a. el proveedor del servicio presenta una factura original que indique la(s) fecha(s) del servicio para el cual se solicita el pago del copago o deducible;
 - b. la(s) factura(s) también incluye(n) los códigos de Terminología actualizada de procedimientos médicos (Current Procedural Terminology, CPT) para el período de facturación actual; y
 - c. se adjunta una "Explicación de beneficios" del seguro que coincide con la fecha del servicio de la factura original.
3. CAREAssist no pagará/cubrirá ningún copago o deducible por servicios no reembolsables por la compañía de seguros primaria.
4. CAREAssist nunca puede reembolsar a un cliente ningún pago que el cliente haya realizado.
5. CAREAssist no puede realizar pagos de ninguna solicitud de ayuda en los copagos o deducibles que se reciba en la oficina más de un año después de la(s) fecha(s) de servicio.
6. CAREAssist no realizará pagos por servicios que se presten durante el período de restricción de un cliente.
7. Los clientes son elegibles para un máximo anual en reclamaciones médicas, que

se publicará en el sitio web de CAREAssist cada año.

8. CAREAssist no puede pagar a agencias de cobro en nombre de los clientes. El cliente o la oficina de facturación del proveedor pueden colaborar con la agencia de cobro y solicitar que se entregue la reclamación. Si la reclamación no tiene más de 12 meses de antigüedad y se entrega nuevamente al proveedor, CAREAssist podría pagar el copago o deducible al proveedor.

PAGOS DEL SEGURO MÉDICO

Fecha de entrada en vigencia: 1 de julio de 2003; revisado el 1 de mayo de 2013, 20 de octubre de 2023

Objetivo: Identifica las políticas y los procedimientos específicos de los componentes de pago del seguro médico de CAREAssist.

CAREAssist OAR:
333-022-1080

Política:

CAREAssist pagará las primas de los clientes elegibles en las siguientes circunstancias:

1. El plan cumple con los requisitos de cobertura esencial mínima, según se detalla en la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA).
2. El plan cubre al menos un medicamento de cada clase de medicamentos para el VIH.
3. El plan cubre al menos el 50 % o más de los costos del medicamento.
4. CAREAssist ha recibido un estado de cuenta de la prima u otra documentación oficial de la compañía que verifica el monto de la prima y la frecuencia de pago.
5. Los pagos se realizan en nombre de un cliente. No se harán pagos directos a un cliente.
6. Los clientes deben notificar a CAREAssist cualquier cambio en las primas (monto, beneficios, etc.) en un plazo de 30 días a partir de la recepción de cualquier notificación de su compañía de seguros. Si no se informan los cambios en las primas, podría producirse la discontinuación o la pérdida de la cobertura del seguro.
7. CAREAssist puede pagar primas del seguro retroactivas cuando detecte que es lo más conveniente para el cliente y el programa. Todos los pagos de primas del seguro retroactivas deben ser aprobados por el programa o el administrador de servicios al cliente antes del pago

Pagos del seguro médico para dependientes afectados

Objetivo: Describe las circunstancias en las que los dependientes afectados por el VIH son elegibles para recibir ayuda con las primas del seguro médico.

Política:

En circunstancias excepcionales, cuando no haya otra ayuda pública disponible, CAREAssist puede ayudar con las primas del seguro para lo siguiente:

- Hijos dependientes de 18 años o menos
 - Hijos dependientes de 18 a 26 años cuando estén inscritos como estudiantes de tiempo completo
 - Un cónyuge/pareja
1. Esto se aplica solo cuando el seguro del cliente depende del pago completo, por ejemplo, y la prima mensual no se puede dividir.

Los clientes deben separar la cobertura de otros familiares en la primera oportunidad disponible.

PROGRAMA DENTAL

Fecha de entrada en vigencia: marzo de 2015, 20 de octubre de 2023

Objetivo: Describe los beneficios y requisitos relacionados con la atención dental.

CAREAssist OAR:

333-022:1147

Política:

El programa dental de CAREAssist ayuda con los gastos dentales de bolsillo relacionados con un plan o planes dentales específicos identificados por el programa.

La solicitud dental acompaña a la carta de bienvenida para todos los clientes que no tienen Medicaid (Plan de Salud de Oregon [Oregon Health Plan, OHP]) como seguro primario. La nota del registro de eventos de la carta de bienvenida incluirá que se envió una solicitud dental con la carta.

Elegibilidad:

Los clientes son elegibles para el programa dental siempre que su cobertura de medicamentos recetados primaria no sea proporcionada por el OHP al momento de la solicitud. Los clientes que tienen un plan dental de CAREAssist y pasan al OHP son elegibles para mantener su plan dental de CAREAssist. Sin embargo, si el cliente cancela su suscripción a CAREAssist y regresa al programa con el OHP como seguro primario, el programa no pagará la prima del programa dental, ya que el OHP proporciona cobertura dental. Los clientes que cancelen la suscripción en el programa y regresen después de 30 días calendario tendrán que volver a solicitar la cobertura dental, siempre que no tengan la cobertura del OHP como primaria.

Beneficios:

1. Ayuda con las primas en un plan especificado por el programa
2. Gastos dentales de bolsillo para los servicios permitidos por el plan dental patrocinado por CAREAssist. Si se rechaza el servicio, no se podrá pagar a través de CAREAssist. Consulte el Resumen de beneficios del año actual para conocer los beneficios específicos.

ESTADO RESTRINGIDO

Fecha de entrada en vigencia: 1 de octubre de 2005, revisado el 1 de septiembre de 2015. Octubre de 2023

Objetivo: Describe la causa y las condiciones de un estado de beneficios restringido.

CAREAssist OAR:

333-022-1120

Política: Los beneficios del cliente estarán restringidos por un máximo de tres meses cuando CAREAssist no reciba una revisión de elegibilidad del cliente (Client Eligibility Review, CER) completa antes de la fecha límite especificada.

Duración:

1. La restricción entra en vigencia el primer día del nuevo período de elegibilidad del cliente.
2. El período restringido no excederá los 3 meses. Si al final de los 3 meses, CAREAssist aún no ha recibido una CER completa, los beneficios restringidos del cliente vencen y se debe presentar una nueva solicitud. Consulte Cancelación de la inscripción en los beneficios.
3. Si CAREAssist recibe una CER completa antes del final del período restringido y determina que el cliente es elegible, el cliente tendrá aprobados seis meses de beneficios sin restricciones, que entrarán en vigencia en la fecha de recepción de la CER completa.
4. Si el asistente social de CAREAssist detecta que una CER ingresada en la herramienta de seguimiento de la CER está incompleta, se requerirá una notificación generada manualmente y por escrito de que la CER está incompleta y, si la documentación no se recibe antes de la fecha límite, el cliente estará en estado restringido.
5. La restricción no puede finalizar antes de la fecha de recepción de una CER completa.
6. Para conocer las circunstancias en las que puede aprobarse la extensión de un estado de restricción, consulte la sección Proceso de excepciones.
7. Siempre que un cliente esté restringido y tenga un administrador de casos, se debe notificar al administrador de casos.

Beneficios:

Los clientes restringidos son elegibles para recibir ayuda con:

1. El costo de las primas del seguro médico, si corresponde.
2. Copagos, coseguro y deducibles de [medicamentos recetados](#) para tratar el VIH, la hepatitis viral, algunas infecciones oportunistas y medicamentos para la salud mental, si tienen seguro.
3. El costo total de los [medicamentos incluidos en el formulario](#) para tratar el VIH, la hepatitis viral, algunas infecciones oportunistas y medicamentos para la salud

mental.

- a. Cuando estén inscritos en el Programa de personas sin seguro; o
 - b. Cuando dichos medicamentos no estén cubiertos por el seguro médico del cliente.
4. El costo de la prima de Delta Dental patrocinada por CAREAssist y el coseguro elegible.
 5. El [formulario combinado de Bridge](#), el [Programa para personas sin seguro \(Uninsured Persons Program, UPP\)](#) y [Restringido](#) está disponible en el sitio web de [Ramsell](#).

Los clientes restringidos no son elegibles para beneficios de administradores externos (third-party administrator, TPA).

[Nota: Grupo 2 PROYECTO PILOTO DE LA CER según PCN 21-02. Vigencia: 1-jul-2023 al 30-jun-2024 CAREAssist pondrá a prueba un proyecto para todos los clientes del grupo 2. El piloto consistirá en 1 CER en un período de 12 meses en lugar de 2. Estos clientes no serán elegibles para una restricción de 3 meses si no se recibe la CER y, en cambio, se cancelará su inscripción al final de su elegibilidad.](#)

COBERTURA DEL PERÍODO SIN SEGURO

Fecha de entrada en vigencia: 1 de mayo de 2013, 26 de octubre de 2023

Objetivo: Describe la cobertura de medicamentos recetados para clientes aprobados para CAREAssist que tienen pendiente la inscripción en el seguro.

CAREAssist OAR:

No hay Normas Administrativas de Oregon (Oregon Administrative Rules, OAR) sobre el período sin seguro

Política:

1. La intención de la cobertura del período sin seguro es evitar una interrupción del tratamiento cuando se haya determinado que el cliente es elegible para CAREAssist y el asistente social de CAREAssist haya verificado que el proveedor de seguro recibió una solicitud de inscripción completa y se haya verificado la necesidad del medicamento por parte del cliente.
2. Los clientes son elegibles para un suministro de 30 días de cualquier medicamento cubierto en el [formulario abierto](#).
3. Los medicamentos se deben surtir en una [farmacia dentro de la red de CAREAssist](#).
4. La atención médica no es un servicio cubierto en el período sin cobertura de seguro.

Procedimiento:

El asistente social de CAREAssist:

1. Recibe una solicitud completa y determina que el cliente será elegible para beneficios continuos una vez que se apruebe el seguro.
2. Verifica que el proveedor del seguro recibió una solicitud completa. (CAREAssist solicitará una copia de la solicitud presentada).
3. Confirma la fecha de inicio del seguro del cliente.
4. Actualiza la elegibilidad del cliente y coloca al cliente en "Período sin cobertura" en la base de datos.
5. Notifica a la farmacia cualquier cambio en el número de grupo.
6. Notifica al cliente y al administrador de casos, si corresponde, que los resurtidos están autorizados.

7. Para el seguro del empleador (cobertura grupal), se requiere el resumen de cobertura. El asistente social de CAREAssist verificará que la cobertura grupal cumpla con la cobertura esencial mínima (minimum essential coverage, MEC).
8. Documenta los pasos en el registro de eventos.

Nota: Período sin cobertura frente al Programa para personas sin seguro (Uninsured Persons Program, UPP): el período sin cobertura se usa cuando una persona ha solicitado un seguro y CAREAssist tiene un comprobante de la solicitud. El UPP se usa cuando una persona no es elegible para el seguro público o privado.

CESE DE SERVICIOS

Fecha de entrada en vigencia: 1 de julio de 2003; revisado el 1 de mayo de 2013, 26 de octubre de 2023

Objetivo: Describe las actividades que darán lugar al cese de los servicios por parte de CAREAssist y los procedimientos utilizados por el programa para dar de baja al cliente del programa.

CAREAssist OAR:
333-033-1160

Política:

1. Las siguientes actividades darán lugar al cese (o “cancelación de la inscripción”) de todos o algunos servicios proporcionados por CAREAssist:
 - El cliente ya no vive en Oregon.
 - El cliente fallece.
 - Se ha determinado que el cliente intencionalmente dio información falsa u omitió informar ingresos o beneficios del seguro al momento de la solicitud o en su revisión de la elegibilidad del cliente (Client Eligibility Review, CER) de 6 meses. Las personas que hayan proporcionado información falsa, fraudulenta o engañosa pueden ser excluidas del programa por un período de seis (6) meses y se les podría pedir que reembolsen al programa el costo de los servicios proporcionados.
 - Se determina que un cliente supera los ingresos.
 - El cliente es enviado a una institución bajo custodia, una cárcel federal o estatal o es hospitalizado mientras está encarcelado (consulte la Política de encarcelamiento para obtener información sobre cárceles de la ciudad y el condado).
 - Omisión de la notificación de cambios al programa de acuerdo con la Norma Administrativa de Oregon (Oregon Administrative Rule, OAR) 333-022-1100. Un cliente de CAREAssist está obligado a notificar las siguientes situaciones a la autoridad dentro de los 15 días calendario: Cambios en la información de contacto, incluida la dirección y el número de teléfono, o cambios en la elegibilidad para la cobertura del seguro grupal o individual, ya sea público o privado. El personal de CAREAssist hará intentos razonables por determinar la dirección actual del cliente por otros medios, incluidas llamadas telefónicas.
 - El cliente no proporciona la documentación solicitada necesaria para determinar

la elegibilidad antes de la fecha límite indicada.

- Los clientes del grupo 1 que no completan ni presentan una revisión de la elegibilidad del cliente (CER) dentro del plazo requerido mientras están restringidos.
- Los clientes del grupo 2, en el marco del proyecto piloto, que no presentan una CER al final de su período de elegibilidad actual.

Procedimiento:

1. La fecha de cese y el motivo del cese se documentan en el registro de eventos.
2. Antes de cancelar la inscripción de un cliente posiblemente fallecido, el asistente social confirmará con Vigilancia (Lea Bush) y documentará los hallazgos en el registro de eventos.
3. Se notificará a los clientes que los beneficios han finalizado y por qué. (Cada vez que haya un cambio en la elegibilidad y el cliente tenga un administrador de casos, se deberá enviar copia de todas las comunicaciones al administrador de casos).

ENCARCELAMIENTO

Fecha de entrada en vigencia: 1 de julio de 2003; revisado el 1 de noviembre de 2012, 26 de octubre de 2023

Objetivo: Política para clientes encarcelados

CAREAssist OAR:
333-022-1130

Política:

1. Las personas encarceladas en una prisión estatal o federal no son elegibles para CAREAssist y se cancelará la inscripción de los clientes de CAREAssist de forma inmediata.
2. Los clientes de CAREAssist alojados en un centro correccional de la ciudad o el condado permanecerán inscritos en el programa durante 60 días a partir de la fecha de reclusión, siempre que se mantenga su seguro primario. Esto se aplica independientemente de la fecha de liberación prevista. Pueden negociarse 30 días adicionales si el cliente será liberado dentro de esos 30 días. Los clientes que están presos al momento de la recertificación siguen siendo responsables de completar una revisión de elegibilidad del cliente (Client Eligibility Review, CER) y están sujetos a restricción o cese de servicios en caso de omisión de la recertificación.

Solicitud a CAREAssist previa a la liberación

Se procesará una nueva solicitud y se emitirá una autorización previa a la liberación para clientes cuya fecha de liberación sea en un plazo de 30 días. La fecha de inicio de los servicios será la fecha de entrada en vigencia del seguro o la fecha en que son liberados del encarcelamiento, si la fecha de liberación es posterior a la fecha de entrada en vigencia del seguro.

Libertad probatoria, libertad condicional o permiso de salida para trabajar

Las personas que se encuentran bajo libertad probatoria, libertad condicional o con permiso de salida para trabajar son elegibles para los servicios de CAREAssist porque viven en la comunidad y no están bajo la custodia o atención de tiempo completo de un sistema penitenciario o penal, aunque puedan tener que rendir cuentas a un oficial de libertad probatoria o libertad condicional o deban pasar las noches en la cárcel/prisión. Las personas con "arresto domiciliario" no se consideran encarceladas.

PROCESO DE EXCEPCIONES

Fecha de entrada en vigencia: 13 de abril de 2004; revisado el 1 de mayo de 2013, 9 de noviembre de 2023

Objetivo: Describe las circunstancias en las que el programa considerará una excepción a la política.

CAREAssist OAR:
N/C

Política:

Pueden considerarse excepciones a la política de CAREAssist en las siguientes circunstancias, con la presentación de la debida documentación:

Causa	Ejemplo	Documentación requerida
Plan médico	El cliente estaba en el hospital o bajo tratamiento como paciente ingresado y no pudo completar la revisión de elegibilidad del cliente (Client Eligibility Review, CER).	Carta del médico o del centro de tratamiento
Error del administrador de casos	El cliente recibió información errónea o el administrador de casos no hizo un seguimiento.	Carta del supervisor del administrador de casos
Fuerza mayor	La vivienda del cliente se incendió, catástrofe natural	Varía; p. ej., informe policial, emergencia declarada

Procedimiento:

1. El asistente social de CAREAssist recibe una solicitud de un cliente o del administrador de casos u otro proveedor de atención médica del cliente y recibe documentación de respaldo. El asistente social de CAREAssist puede solicitar documentación adicional o puede hablar con médicos u otros profesionales de atención médica verificadores. Todas las conversaciones se documentan por completo en el registro de eventos de cliente.
2. El asistente social de CAREAssist se reúne con el administrador de servicios al cliente o el coordinador del programa de CAREAssist en un plazo de tres (3) días hábiles a partir de la recepción de toda la documentación solicitada. Los administradores de CAREAssist tienen la autoridad final para otorgar o denegar la aprobación final.
3. En el caso de que pueda haber consecuencias extremas, como la pérdida de cobertura del seguro, el personal está autorizado a iniciar o continuar los pagos durante un máximo de 30 días a partir de la fecha de la solicitud de excepción,

con un claro entendimiento de que la aprobación final está pendiente de revisión por parte de un administrador de CAREAssist.

4. El asistente social de CAREAssist que inició la solicitud de excepción es responsable de notificar la decisión final al cliente y al administrador de casos de VIH del cliente (cuando corresponda), por escrito, en un plazo de tres (3) días hábiles posteriores a la reunión con la dirección de CAREAssist. Se toman notas de la decisión en el registro de eventos del cliente.
5. Todos los documentos de respaldo se archivan en el registro del cliente.

Nota: Puedan hacerse excepciones cuando se considera que el error es un error de CAREAssist. En caso de un error de CAREAssist, el asistente social de CAREAssist notifica al administrador de servicios al cliente o al coordinador del programa de CAREAssist y se reúne con él dentro de los 2 días hábiles de haber detectado el error. Cuando corresponda, el asistente social debe aplicar los pasos 3, 4 y 5 indicados anteriormente.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Fecha de entrada en vigencia: 1 de diciembre de 2012; revisado: 9 de noviembre de 2023

Objetivo: Describe las políticas relacionadas con los derechos y las responsabilidades del cliente y del asistente social de CAREAssist.

CAREAssist OAR:
333-022-1150

Los clientes:

1. Serán tratados con respeto, dignidad, consideración y compasión.
2. Recibirán los servicios de CAREAssist sin discriminación por raza, color, sexo/género, origen étnico, nacionalidad, religión, edad, clase, orientación sexual, capacidad física y/o mental.
3. Recibirán información sobre los servicios y las opciones disponibles en el programa de CAREAssist, para los cuales pueden ser elegibles.
4. Obtendrán un tratamiento confidencial de sus registros de CAREAssist.
5. Solo tendrán acceso a la información en las siguientes circunstancias:
 - a. Cuando el cliente firme la solicitud/solicitud de recertificación de CAREAssist y para fines de coordinación de la atención.
 - b. Cuando exista una emergencia médica.
 - c. Cuando exista un peligro claro e inminente para el cliente u otras personas.
 - d. Cuando exista un posible abuso de menores o ancianos.
 - e. Cuando lo exija un tribunal.
6. Tendrán acceso a un proceso de queja por escrito.
7. No estarán sujetos a abuso ni amenazas físicas, sexuales, verbales y/o emocionales.
8. Informarán al asistente social de CAREAssist cualquier cambio en la información presentada al programa (dirección, número de teléfono, ingresos, farmacia, seguro, médico, administrador de casos, información de contacto para emergencias, etc.).
9. Responderán las llamadas, los mensajes de correo electrónico o las cartas del personal de CAREAssist dentro de los plazos solicitados.
10. Proporcionarán información exacta y no omitirán ni tergiversarán información clave requerida por el programa.
11. No someterán a ningún integrante del personal de CAREAssist ni a otros clientes a abuso o amenazas físicas, sexuales y/o verbales.

Los asistentes sociales:

1. Tratarán a los clientes con respeto, dignidad, consideración y compasión.
2. Serán tratados con respeto, dignidad y comprensión por los clientes.

3. Proporcionarán los servicios de CAREAssist sin discriminación por raza, color, sexo/género, origen étnico, nacionalidad, religión, edad, clase, orientación sexual, capacidad física y/o mental.
4. Informarán a los clientes sobre los servicios y las opciones disponibles en el programa de CAREAssist para los que un cliente puede ser elegible.
5. Tratarán los registros de CAREAssist en forma confidencial.
6. Revelarán información solo en las siguientes circunstancias:
 - a. Cuando el cliente firme la solicitud/solicitud de recertificación de CAREAssist y para fines de coordinación de la atención.
 - b. Cuando exista una emergencia médica.
 - c. Cuando exista un peligro claro e inminente para el cliente u otras personas.
 - d. Cuando exista un posible abuso de menores o ancianos.
 - e. Cuando lo exija un tribunal.
7. No estarán sujetos a abuso ni amenazas físicas, sexuales y/o verbales.
8. No someterán a los clientes a abuso ni amenazas físicas, sexuales y/o verbales.
9. Responderán las llamadas, los mensajes de correo electrónico o las cartas de los clientes en un plazo de dos días hábiles.
10. Registrarán todas las comunicaciones en el registro de eventos. Las notas en el registro de eventos deben incluir, cuando corresponda, quién, qué, por qué, cómo, cadenas de correos electrónicos y resolución.

Todas las posibles violaciones de la privacidad o quejas deben informarse de inmediato por correo electrónico, por escrito o en forma verbal, con todos los detalles, al administrador de servicios al cliente o al coordinador del programa de CAREAssist.

Nota: La base de datos de CAREAssist no tiene la capacidad de reasignar clientes individuales a otro asistente social. Nuestra separación alfabética se realiza para garantizar que la cantidad de casos sea comparable, equitativa y que un mismo asistente social no tenga solo casos de clientes con inconvenientes, problemas de salud y cuestiones más importantes. Si tiene desafíos/inconvenientes al trabajar con un cliente, comuníquese con el administrador de servicios al cliente de CAREAssist.