

# Servicios relacionados con la salud: Solicitud de servicios de financiamiento flexible “Flex Fund”

**Servicios flexibles:** Estos servicios se prestan en lugar de, o además de, los beneficios del Plan médico de Oregón cubiertos por la Organización de Atención Coordinada (CCO) y están destinados a:

- Mejorar la calidad y el resultado médicos del miembro (condiciones médicas físicas, orales o conductuales)
- Reducir las desigualdades médicas entre poblaciones específicas
- Prevenir los reingresos hospitalarios que se pueden evitar, mejorar la seguridad del paciente, reducir las tasas de infección y mortalidad
- Ser constante con el plan de tratamiento/atención del miembro
- Usarse como un “pagador de último recurso”: todos los recursos disponibles deben agotarse antes de solicitar los fondos de la CCO

**Elegibilidad:** Para que lo consideren para Flex Funds:

- El miembro debe inscribirse en Advanced Health.
- La solicitud NO debe ser por un artículo que sea un servicio o artículo que se pueda facturar (*se pueden considerar excepciones, como prótesis dentales de reemplazo antes de ser elegible para las nuevas, ciertos suministros o productos de equipo médico duradero [DME] después del proceso de denegación y apelación*)

**Quién puede solicitar Flex Funds:** Todas las solicitudes las debe hacer el equipo de atención del miembro, que incluye:

- Proveedores de atención primaria y clínicas
- Especialistas
- Cirujanos
- Proveedores de salud conductual
- Proveedores dentales
- Trabajadores de alta hospitalaria o administradores de casos
- Administradores de casos comunitarios
- Proveedores auxiliares (PT/OT/habla)
- Personal designado de Advanced Health (ICC, Gerente de servicio al cliente)
- Miembros

## Plazos y procesos:

Solicitudes emergentes: Los servicios Flex Fund de la CCO **NO** están disponibles como fondos de emergencia o de crisis. Las solicitudes que se presenten con menos de dos días hábiles de la fecha en que se necesitan pueden no considerarse para el financiamiento.

Solicitudes urgentes: Las solicitudes urgentes tendrán un tiempo de respuesta de **2 a 3 días hábiles** y solo están disponibles para los siguientes artículos, y con un límite de costo de \$300:

- Tarjetas de regalo electrónicas enviadas a un correo electrónico (p. ej.: Walmart, Vanilla Visa se pueden usar para gasolina en Safeway, Amazon, Fred Meyer)
- Necesidades médicas del alta hospitalaria
- Minutos de teléfono celular y tarjeta telefónica

Solicitudes estándar: Todas las solicitudes estándar de menos de \$1,000 se revisarán para una decisión en un plazo de **10 días hábiles** después de la presentación. Una extensión de 5 días hábiles puede ser necesaria en ciertos casos.

Solicitudes de más de \$1,000: Los artículos de más de \$1,000 necesitarán la revisión del comité ejecutivo y pueden necesitar un tiempo de revisión extendido o solicitudes de documentación adicional

### Proceso:

- El solicitante presenta una solicitud completada\* para fondos flexibles con la documentación del plan de atención adjunta
- El solicitante puede sugerir un proveedor para completar la solicitud; sin embargo, tenga en cuenta que el proveedor no está garantizado. Nos reservamos el derecho de seleccionar un proveedor diferente.
- Los equipos de Advanced Health revisarán la solicitud de elegibilidad y aprobación
- El coordinador de Flex Fund de Advanced Health lo informará de la decisión sobre su artículo
- Si se rechaza un artículo, se enviará un aviso por correo informando al miembro.

El formulario está en el sitio web: [www.advancedhealth.com/providers/forms](http://www.advancedhealth.com/providers/forms)

### **ENVIAR FORMULARIOS COMPLETADOS POR CORREO ELECTRÓNICO SEGURO**

**A: [flexfund@advancedhealth.com](mailto:flexfund@advancedhealth.com) o ENVÍELO POR CORREO A:**

**Attn: Flex Fund Coordinator**

**Advanced Health**

**289 LaClair St. Coos Bay, OR 97420**

**Si tiene preguntas, llame a Servicios para miembros al 541-269-7400**

\*Las solicitudes incompletas no se revisarán para financiamiento.

## Formularios incompletos: Cualquier formulario incompleto no se revisará para financiamiento.

Algunos ejemplos de formularios incompletos son, entre otros:

- El formulario de solicitud no contiene suficiente información
- No se adjunta un plan de atención en la solicitud
- Los valores/campos obligatorios en el formulario se dejan en blanco
- No se han buscado primero recursos alternativos o de la comunidad
- Se solicitó más información del plan de tratamiento de un miembro
- El artículo/servicio solicitado no era adecuadamente relevante para el diagnóstico y el plan de tratamiento del miembro
- No hubo suficiente información de la sostenibilidad para la necesidad inmediata del miembro
- El artículo/servicio tiene un código de procedimiento de facturación OHP o CMS aprobado (con algunas excepciones, excepciones, consulte arriba)
- El miembro no se inscribió en Advanced Health

## Lista de ejemplos y categorías de artículos que se han cubierto:

- 1. Educación médica o apoyos de educación**
  - a. Clases de educación sobre la diabetes que ofrecen recursos cultural y lingüísticamente adecuados
  - b. Libros de educación sobre la condición de diagnóstico
  - c. Clases para bajar de peso, de nutrición, cocina o ejercicios
- 2. Actividades de coordinación de atención, orientación o administración de casos que no están cubiertas de otra manera**
  - a. Teléfonos celulares
  - b. Minutos por teléfono
  - c. Tablet para telesalud
- 3. Servicios y ayuda con la comida (vales, entrega de comidas, tarjeta de regalo para tiendas de comestibles)**
  - a. Vales o tarjetas de regalo para tiendas de comestibles
  - b. Licuados o bebidas nutritivas para miembros que se recuperan de procedimientos médicos
- 4. Servicios y ayudas con la vivienda (vivienda o refugio temporal, relevo médico, servicios públicos)**
  - a. Alojamiento/refugio después de la hospitalización (temporal)
  - b. Pagos de alquiler para miembros en riesgo de quedarse sin casa
  - c. Ayuda económica para ayudar a personas sin casa a tener una vivienda
  - d. Ayuda para pagar servicios públicos de corto plazo
  - e. Equipo de campamento/refugio para miembros sin casa o que se quedan en casas móviles, remolques o autos
  - f. Muebles básicos
  - g. Electrodomésticos
  - h. Suministros de protección del clima (lonas, materiales para reparar techos)
  - i. Unidades de aire acondicionado portátiles y de ventana
  - j. Leña para calor/estufa
- 5. Servicios de transporte y ayuda que no están cubiertos de otra manera (transporte a citas no médicas relacionadas con necesidades sociales)**
  - a. Almacenamiento de largo plazo para el auto mientras está en el programa para paciente hospitalizado
  - b. Tarjetas para gasolina
  - c. Reparación de auto
  - d. Asientos de auto
  - e. Pase de autobús o vale de taxi
- 6. Artículos para la casa y el entorno doméstico para apoyar una condición médica particular**
  - a. Zapatos, ropa básica, abrigos de invierno, calcetines
  - b. Mejoras de accesibilidad (pasamanos, rampas para sillas de ruedas)
  - c. Membresías de gimnasio (3 meses es el máximo de la empresa)
  - d. Equipo de ejercicio en casa
  - e. Caja de medicamentos con alarma
  - f. Colchón y ropa de cama
  - g. Báscula para condición cardíaca
  - h. Radio y baterías de emergencia
  - i. Suministros de primeros auxilios, incluyendo termómetro
  - j. Tecnología de detección de caídas (p. ej., Life Alert)
  - k. Artículos personales (manta térmica para el dolor crónico, chaleco de compresión sensorial con peso o manta para reducir los desencadenantes sensoriales, estuche enfriador de almacenamiento de insulina)
- 7. Otros servicios y apoyos clínicos no cubiertos**
  - a. Exámenes de la vista y gafas para adultos mayores de 18 años y miembros no embarazadas
  - b. Prótesis dentales de reemplazo (las prótesis dentales iniciales deben tener cobertura del plan de beneficios dentales)
  - c. Artículos de DME no cubiertos (con limitaciones)
  - d. Medicamentos de venta libre: en algunas circunstancias (*si el miembro tiene un PCP, estos están cubiertos si los ordena un proveedor*)
- 8. Otros servicios médicos y apoyos sociales y de la comunidad no cubiertos**
  - a. Copias de actas de nacimiento, tarjetas de seguro social u otra documentación para solicitar servicio

### Tipo de solicitud

Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

¿Urgente?  Sí  No

Tipo de solicitud:  PCCM  ICC

### Información del miembro

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_

Identificación de miembro: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección de correo  
(si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

### Información de la parte solicitante

Nombre de la organización: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fax de oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_

# Servicios relacionados con la salud: Formulario de solicitud de servicios flexibles "Flex Funding"

## Información de la solicitud

Se debe enviar un formulario por separado para cada artículo o servicio si no tienen el mismo plan de tratamiento u objetivos.

Artículo o servicio solicitado: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

Fecha obligatoria: \_\_\_\_\_ Costo calculado: \_\_\_\_\_

Proveedor sugerido\*: \_\_\_\_\_

*\*El proveedor no está garantizado*

Contacto del proveedor/información o enlace al artículo: \_\_\_\_\_

### Categoría:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Educación médica o apoyos de educación   | <input type="checkbox"/> Servicios y ayuda con la vivienda  |
| <input type="checkbox"/> Actividades de coordinación de atención, orientación o administración de casos que no están cubiertas de otra manera | <input type="checkbox"/> Transporte   |
| <input type="checkbox"/> Servicios y ayuda con alimentos  | <input type="checkbox"/> Servicios y apoyo no cubiertos de otra manera                            |
| <input type="checkbox"/> Artículos para la casa y el entorno doméstico para apoyar una condición médica particular                            | <input type="checkbox"/> Otros servicios y apoyos no clínicos                                     |
|   | <input type="checkbox"/> Otros servicios médicos y apoyos sociales y de la comunidad no cubiertos |

¿Qué otras fuentes de financiamiento consideraron? Si no hay alguna, explique por qué.

Recuadros de verificación para recursos frecuentes:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> APD (si el miembro tiene un administrador de casos) | <input type="checkbox"/> Programa de vida activa   |
| <input type="checkbox"/> ORCCA: Vivienda y servicios públicos                | <input type="checkbox"/> Agencia de Área sobre el Envejecimiento (AAA)   |
| <input type="checkbox"/> Proyecto SAFE o Refugio OASIS (violencia doméstica) | <input type="checkbox"/> Acceso inalámbrico o enTouch Wireless (teléfonos celulares gratis para beneficiarios de Medicaid) |
| <input type="checkbox"/> Lions Club, New Eyes (gafas)                        |  |

# Servicios relacionados con la salud: Formulario de solicitud de servicios flexibles "Flex Funding"

¿Cuál es el plan de atención del miembro? ¿Cómo ayuda este artículo/servicio al plan de atención descrito? (Los PLANES DE ATENCIÓN son obligatorios: Puede copiar/pegar su plan de atención en nuestro formulario o, si lo adjunta a la solicitud, guárdelo como un archivo).

¿Cuál es el plan de sostenibilidad? ¿Cuál es el plan después de pagar este artículo/servicio? ¿Cuál es el seguimiento?

---

## FOR INTERNAL USE ONLY: (SOLO PARA USO INTERNO:)

Approved

Denied

**If denied, reason for denial:**

**Account #:** \_\_\_\_\_ **Amount:** \_\_\_\_\_ **Payment Method:**

**Vendor:** \_\_\_\_\_

**Request Reimbursement (vendor):** \_\_\_\_\_

**Request Authorized by:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Second Signature if over \$1000:** \_\_\_\_\_

(Note: Upon denial, a written notification of a refusal of individual flexible services shall be provided to the member and any representative of the member or provider who made or participated in the request on the member's behalf. The written notification shall inform the member and provider of the member's right to file a grievance in response to the outcome.)