

Hoja de ruta de inscripción

Junio de 2025

Fase de admisión

Paso 1

Derivación y evaluación

El equipo de admisión de DP recibe la derivación del miembro. El gestor de casos de admisión (CM) se pone en contacto con el miembro en un plazo de **dos días** hábiles para evaluar sus necesidades de servicio y apoyo a largo plazo.

Paso 2

Solicitud de Medicaid

Si no está inscrito en Medicaid, el miembro solicita Medicaid (Health First Colorado) con su condado.

Paso 3

Presentación del Formulario Médico (SOLO para Programas de Exención)

El miembro debe entregar una Hoja de Información Médica (PMIP) firmada dentro de los **30 días** posteriores a la fecha de evaluación para determinar su elegibilidad funcional. Es necesario completar el formulario para proceder con la inscripción.

Paso 5

Si se aprueba la elegibilidad, y dependiendo del tipo de inscripción en el programa, el miembro pasará inmediatamente al siguiente paso o, si se requiere la aprobación de Medicaid para Cuidados a Largo Plazo (LTC), el Coordinador de Admisión envía el formulario de evaluación del nivel de atención a Medicaid para su aprobación. La aprobación puede tardar hasta **90 días**. En ambos casos, el miembro pasa a la Fase de Inscripción y se le asigna un Coordinador de Inscripción.

Paso 4

Evaluación del nivel de atención

El Coordinador de Admisión programa y realiza una evaluación del nivel de atención dentro de los **2, 5 o 10 días** hábiles posteriores a la fecha de recepción del PMIP (según el tipo y la fecha de derivación) para determinar la elegibilidad funcional. Se requiere una determinación de discapacidad o retraso del desarrollo para las exenciones específicas por discapacidad intelectual y del desarrollo.

Paso 6

Monitoreo/Confirmación de Medicaid y Selección de Proveedores

El Coordinador de Inscripción supervisa y confirma el estatus de Medicaid y notifica a los miembros sobre el resultado. Los Coordinadores de Inscripción proporcionarán al miembro una lista de servicios y proveedores elegibles para iniciar el proceso de selección.

Paso 7

Reunión del plan de servicio

El Gerente de Inscripción programa una reunión sobre el Plan de Servicios dentro de los **15 días** hábiles posteriores a la aprobación de Medicaid (tipo LTC o CFC) para analizar las necesidades y objetivos del servicio para el año. Se establece una fecha de inicio con los proveedores de servicios autorizados. ¡Inscripción completa! Pase a la Gestión Activa de Casos.

Paso 8

Gestión continua de casos

Un CM activo se reúne con los miembros al menos trimestralmente, completa reevaluaciones anuales, actualiza el plan de servicio y ajusta los servicios según sea necesario.

En curso/ Fase activa

Expectativas de los miembros durante la admisión/inscripción:

- Proporcionar información precisa durante todo el proceso
- Responder con prontitud a las comunicaciones del administrador de casos
- Programe todas las evaluaciones, exámenes y reuniones necesarias dentro de los plazos requeridos.
- Complete el formulario PMIP y cualquier otra documentación requerida y devuélvalo a DP lo antes posible.
- Actúe con prontitud ante cualquier notificación del condado con respecto a Medicaid de LTC
- Contactar a los proveedores y coordinar los servicios necesarios