



**Gold Coast
Health Plan**SM
A Public Entity

[ECM]

**Administración
de Atención
Mejorada**

Solicitud de Certificación de Proveedor

Table of Contents

Solicitud de Certificación de Proveedor de Administración de Atención Mejorada (ECM)

Las Poblaciones Focales de ECM.....	3
Instrucciones para Evidencias.....	4
Después de la Presentación de la Solicitud	4

Visión General de Estructura de ECM

Área Obligatoria 1: Visión General de Estructura de ECM.....	5
--	---

Componentes Básicos del Servicio de ECM

Área Obligatoria 2: Difusión y Participación	8
Área Obligatoria 3: Plan Integral de Evaluación y Administración de Atención.....	10
Área Obligatoria 4: Coordinación de Atención Mejorada.....	13
Área Obligatoria 5: Promoción de la Salud	15
Área Obligatoria 6: Atención Integral de Transición	16
Área Obligatoria 7: Apoyos al Miembro y a la Familia.....	18
Área Obligatoria 8: Coordinación y Remisión a Servicios Comunitarios y de Apoyo Social.....	20

Administración y Operaciones del Proveedor de ECM

Área Obligatoria 9: Reclamos / Encuentros.....	21
Área Obligatoria 10: Intercambio de Datos de Archivos	22
Área Obligatoria 11: Personal.....	23
Área Obligatoria 12: Supervisión y Seguimiento.....	25

Solicitud de Certificación de Proveedor de Administración de Atención Mejorada (ECM)

Esta Solicitud de Certificación de Proveedor de ECM tiene la intención de garantizar que el Proveedor de ECM aporta evidencias satisfactorias de cumplir los requisitos de ECM según describe el Modelo de Atención de Gold Coast Health Plan para ser certificado como Proveedor de ECM. **Por favor, complete la Solicitud de Certificación de Proveedor de ECM y preséntela por correo electrónico a calaimpr@goldchp.org escribiendo en la línea de “Asunto” “ECM_Provider: Organization_Name_Certification_Date”** dentro de las tres semanas de su recepción. Si tiene alguna pregunta o duda mientras completa la solicitud, por favor, contacte a calaimpr@goldchp.org.

Documentos de Referencia del DHCS para Administración de Atención Mejorada:

- El documento de [Términos y Condiciones Estándar de ECM y CS](#) proporciona detalles sobre lo que se espera de los proveedores:
- [La Guía de Políticas de ECM](#) proporciona detalles sobre las Poblaciones Focales de ECM, los componentes básicos del servicio, exclusiones y solapamientos del programa, y participación de los miembros en ECM.

Las Poblaciones Focales de ECM intentan mejorar los resultados de salud de un grupo supervisando e identificando pacientes dentro de ese grupo.

Por favor, indique para qué población(es) focal(es) de ECM se presenta esta solicitud:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Los altos utilizadores son miembros con múltiples ingresos hospitalarios, O múltiples estancias en centros de enfermería especializada a corto plazo, O múltiples visitas a sala de emergencia que podrían evitarse con atención ambulatoria adecuada o mejora en el cumplimiento de los tratamientos. <input type="checkbox"/> Personas que sufren indigencia, incluyendo indigencia crónica, y tienen una necesidad compleja física, del comportamiento o del desarrollo para la cual es probable que la coordinación o los servicios produzcan mejoras en resultados de salud o una reducción en la utilización de servicios de alto costo. <input type="checkbox"/> Adultos y Niños / Jóvenes en transición desde cárcel dentro de los últimos 12 meses que tienen necesidades complejas significativas de salud física o del comportamiento que exigen una transición inmediata del servicio a la comunidad. <input type="checkbox"/> Adultos con Enfermedad Mental Grave o Trastorno por Consumo de Sustancias que tienen copresencia de condiciones de salud crónicas y: Enfermedad Mental Grave (SMI, por sus siglas en inglés) o Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD) y están sufriendo activamente un factor social complejo que afecta a su salud, como por ejemplo, inseguridad laboral, alimentaria o de salud, etc. y cumplen distintos criterios de alto riesgo o muy agudos. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Personas en riesgo de institucionalización, elegibles para atención a largo plazo. Miembros que, en ausencia de servicios y apoyos, requerirían de lo contrario atención durante 90 días consecutivos o más ingresados en un centro de enfermería. Las personas podrían seguir viviendo en la comunidad de forma segura con servicios integrales (<i>wraparound</i>). <input type="checkbox"/> Residentes en centros de enfermería especializada que desean regresar a vivir en la comunidad, que sean candidatos fuertes para una transición con éxito de vuelta a la comunidad. La transición desde el Centro de Enfermería a la comunidad es estrictamente voluntaria y se debe poder hacer la transición a la comunidad de forma segura. <input type="checkbox"/> Niños o jóvenes con Perturbaciones Emocionales Graves (SED, por sus siglas en inglés) o inscritos en Servicios para Niños de California (CCS) / Modelo de Niño Integral (Whole Child Model) de CCS con necesidades adicionales que vayan más allá de CCS o que estén relacionados con Bienestar Infantil (incluyendo aquellos con historial de relación, y cuidados en crianza hasta los 26). |
|---|---|

Instrucciones para Evidencias:

Las evidencias sugeridas deben cumplirse mediante una Descripción de Programa de ECM en la que se recopile, adjunte y referencie toda la documentación (por ejemplo, Políticas y Procedimientos, organigramas, flujos de trabajo, etc.). Por favor, indique el Área Obligatoria para la que se presenta la evidencia (por ejemplo, Área Obligatoria 1: Estrategias de Difusión a Miembros y Consentimiento del Miembro).

Principios directores que debe recordar mientras prepara su solicitud:

- Las evidencias recomendadas presentadas para cumplir los criterios del área requerida deben ser específicas para la(s) población(es) focales para las que se presenta la solicitud, ya que cada población focal puede requerir tipos específicos de documentos, políticas y/o procedimientos para demostrar cumplimiento de los criterios. Si hay más de una población incluida en la solicitud, asegúrese de identificar las poblaciones focales a las que se refieren las evidencias.
- Las expectativas para la prestación de servicios de administración de atención mejorada se enumeran en las secciones de Áreas Obligatorias de este documento.

Después de la Presentación de la Solicitud:

Gold Coast Health Plan (GCHP) revisará todas las solicitudes presentadas y responderá a proveedores de ECM individualmente con peticiones de información adicional o aclaración de áreas de la solicitud que no cumplan el requisito de ECM. GCHP estará disponible para trabajar con usted mientras se completa esta solicitud y después de la presentación para asegurar que se cumplen los requisitos de certificación. Si no se cumplen los requisitos de ECM, no se concederá la certificación.

Un proveedor de ECM debe ser uno de los tipos de organización siguientes y poder cumplir las calificaciones que figuran a continuación y cumplir las obligaciones que se enumeran a continuación para que se le autorice para actuar como proveedor de ECM:

- Organización de atención con rendición de cuentas.
- Centro de Salud Federalmente Calificado.
- Médico o grupo de médicos de atención primaria o especialista.
- Agencia gubernamental de ciudad / condado.
- Organización basada en la comunidad.
- Centro comunitario de salud mental.

Por favor, revise estas expectativas dentro de su organización para asegurarse de que las entienden con claridad y están preparados para ofrecer los servicios. Puede haber discusión y/o requisitos adicionales para poblaciones focales específicas según se describe en la Guía de Políticas de ECM a la que se hace referencia anteriormente.

- La sección de Evidencias Recomendadas es donde usted proporcionará información que describa con detalle la forma en que su organización implementará los servicios de ECM para cumplir las expectativas del programa. Por favor, sea claro y conciso en sus presentaciones, para que los revisores entiendan la forma en que su organización proporciona servicios de ECM.
- Si tiene algún subcontratista que preste alguna parte de los servicios de ECM en nombre de su organización, debe presentarse una copia del Memorando de Entendimiento/contrato como parte de su solicitud. Además, cualquier inclusión de un subcontratista que se proponga para cumplir los requisitos de Proveedor de ECM debe también completar "Área Obligatoria 12: Supervisión y Seguimiento."

- Salud del comportamiento basada en el condado.
- Otra entidad de salud del comportamiento.
- Proveedor de tratamiento para SUD.
- Centro de salud rural / centro de salud indio.
- Departamento local de salud.
- Hospital o grupo de médicos o clínica basados en un hospital (incluyendo hospital público o hospital público de distrito / municipal).
- Proveedor de vivienda.
- Médico independiente.
- Organización basada en cárcel.
- Escuela / organización basada en escuela.
- Otro (describa).

Esta Solicitud de Certificación de Proveedor de ECM tiene la intención de garantizar que el proveedor de ECM aporta **evidencias satisfactorias** de cumplir los requisitos de ECM según describen el DHCS y GCHP para ser certificado como proveedor de ECM.

Por favor, complete la Solicitud de Certificación de Proveedor de ECM y preséntela por correo electrónico a calaimpr@goldchp.org escribiendo en la línea de "Asunto" "ECM_Provider: Organization_Name_Certification_Date" dentro de las tres semanas de su recepción. Si tiene alguna pregunta o duda mientras completa la solicitud, por favor, contacte calaimpr@goldchp.org.

Organización Proveedora de ECM:	
Tipo de Organización Proveedora de ECM:	
Número de Identificación Fiscal (TIN):	
Identificador Nacional de Proveedor (NPI) (es decir, NPI Tipo 2):	
Completado Por:	
Fecha:	
Título:	
Número de Teléfono:	
Dirección de Correo Electrónico:	

Visión General de Estructura de ECM

Área Obligatoria 1: Visión General de Estructura de ECM

Área Obligatoria 1 Visión General de Estructura de ECM	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
Proporcione una visión general breve del Modelo de Atención de ECM, incluyendo funciones y responsabilidades.	<p>Documentación Recomendada:</p> <p>Descripción del programa de la forma en que la(s) población(es) de miembros específicos focales recibirán administración de atención de alto contacto, basada en la comunidad y en persona, que coordine todos los servicios y apoyos primarios agudos, de comportamiento, bucales y a largo plazo para el miembro, incluyendo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando no estén disponibles entornos presenciales, deben utilizarse métodos alternativos. • La prestación de actividades de administración de atención en persona culturalmente apropiadas y oportunas, incluyendo acompañar a los miembros a citas críticas cuando sea necesario. 			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Área Obligatoria 1 Visión General de Estructura de ECM	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
	<ul style="list-style-type: none"> Memorandos de Entendimiento / contratos para cualquier subcontratista contratado para la prestación de servicios de ECM, incluyendo una descripción de los flujos de trabajo y la documentación que tendrán lugar. 			
<p>Describa el enfoque para asegurar que cada miembro que reciba el beneficio de ECM recibirá principalmente la atención de forma presencial donde los miembros vivan, busquen atención o prefieran acceder a los servicios, yendo a buscar al miembro en el lugar en que está en las comunidades. Deben utilizarse precauciones y recomendaciones de salud pública para conseguir un enfoque basado en la comunidad y en persona a ECM.</p>	<p>Documentación Recomendada: Descripción del programa de la forma en que se prestarán los servicios principalmente en persona en entornos que reflejen la necesidad individualizada de la(s) población(es) focal(es), incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando no estén disponibles entornos presenciales, deben utilizarse métodos alternativos. • La prestación de actividades de administración de atención en persona culturalmente apropiadas y oportunas, incluyendo acompañar a los miembros a citas críticas cuando sea necesario. • Comunicación con los miembros de una forma accesible y cultural y lingüísticamente apropiada. • Acuerdos formales o procesos en marcha para interactuar y cooperar con hospitales, consultorios de atención primaria, proveedores de salud del comportamiento, especialistas y otras entidades, para coordinar según sea apropiado para cada miembro. • Supervisión y seguimiento de la prestación de servicio de ECM a los miembros inscritos en ECM para asegurar el cumplimiento de los requisitos del proveedor de ECM. 			<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

Área Obligatoria 1 Visión General de Estructura de ECM	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
<p>Identificación de qué preferencias o especificaciones, además de su(s) población(es) focal(es) especificada(s) anteriormente, su organización tiene equipos de atención existentes y experiencia en servir a miembros, según sea aplicable, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Códigos postales. • Miembros dentro de paneles o miembros asignados de atención primaria, según sea aplicable. 	<p>Documentación Recomendada:</p> <p>Descripción del programa de las especificidades de los miembros a los que su organización servirá dentro de ECM. Estas especificidades deben estar guiadas por la capacidad existente o equipos de atención para demostrar la capacidad de proporcionar servicios de ECM.</p>			

Componentes Básicos del Servicio de ECM

Área Obligatoria 2: Difusión y Participación

Área Obligatoria 2 Difusión y Participación	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
<p>Describa las responsabilidades requeridas para actividades de difusión directa para localizar y hacer participar a miembros potencialmente elegibles o autorizados para ECM. Incluya, como mínimo, las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estrategias. 2. Método(s) de difusión. 3. Estructura del personal. 4. Expectativas del Personal. 5. Plazos. 6. Número de intentos. <p>El proveedor de ECM es responsable de realizar difusión y participación con los miembros asignados.</p> <p>Si existe la intención de utilizar cualquier material para miembros o guiones de llamadas para apoyar la difusión y participación de miembros en ECM, estos estarán sujetos a la revisión y aprobación por parte de GCHP.</p>	<p>Documentación Recomendada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Política / procedimiento que describa el proceso completo de difusión y participación, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias para localizar al miembro e interactuar con él, incluyendo trabajar con colaboradores en la comunidad; y uso de buenas prácticas como atención basada en trauma, y uso de prácticas sensibles al trauma, prácticas de reducción de daño, entrevistas motivacionales, y cualquier otra buena práctica específica para la población que mejoraría las actividades de difusión directa. • Métodos específicos que demuestren un enfoque progresivo de la difusión e interacción, tales como interacciones por teléfono, presenciales (en línea / en persona), difusión en la calle, correo electrónico seguro, mensajes de texto seguros, o cualquier otro método que contacte al miembro allá donde esté geográfica, emocional o físicamente, según sea apropiado para la(s) población(es) focal(es) específicas. • Estructura de personal que muestre quién realiza las actividades de difusión, incluyendo protocolos para asegurar la seguridad del personal que realice difusión en la calle, según sea aplicable. • Funciones y responsabilidades del personal en difusión y documentación, incluyendo requisitos de capacitación, específicos para la(s) población(es) focal(es). • Protocolo para el calendario de realización de difusión que sea específico para la(s) población(es) focal(es). • Protocolo para el número de intentos de hacer participar al miembro en servicios de ECM, específicos para la(s) población(es) focal(es). 			<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

Área Obligatoria 2 Difusión y Participación	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo que demuestre cómo se priorizará la difusión entre la(s) población(es) focal(es) de ECM asignada(s) al proveedor de ECM (es decir, determinación de qué miembro(s) localizar e interactuar primero) con el nivel de riesgo y necesidad más altos de ECM. • Protocolo para asegurar que los miembros que participen en ECM no reciben servicios duplicados. <ol style="list-style-type: none"> 2. Materiales que tiene intención de utilizar el proveedor de ECM para realizar difusión y lograr la participación de miembros (por ejemplo, guiones para llamadas, folletos, etc.). 3. Política / procedimiento que describa la forma en que el proveedor de ECM asesorará al miembro sobre el proceso para cambiar de proveedores de ECM y cómo se notificarán dichas peticiones de cambio a GCHP. 			
<p>Describa todas las responsabilidades para obtener y documentar consentimiento verbal o por escrito para recibir el beneficio de ECM y para compartir información para propósitos de administración de atención en el grado exigido por la ley.</p>	<p>Documentación Recomendada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Política / procedimiento que describa el proceso para obtener el consentimiento, y la forma en que se documenta el consentimiento, cómo se almacena el consentimiento, e incluyendo información específica pertinente para el consentimiento tanto escrito como verbal. La política debe abordar tanto el consentimiento informado para recibir servicios de ECM como el consentimiento para revelar información. 2. Documento que utilizará el proveedor de ECM como Formulario de Consentimiento del Miembro. 			

Área Obligatoria 3: Plan Integral de Evaluación y Administración de Atención

Área Obligatoria 3 Plan Integral de Evaluación y Administración de Atención	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
<p>1. Incorporar recursos y necesidades clínicos y no clínicos al desarrollo del plan de atención del miembro relacionado con salud física y del desarrollo, salud mental, SUD, LTSS basados en la comunidad, salud bucal, cuidados paliativos, cuidados basados en trauma, servicios necesarios sociales y basados en la comunidad, vivienda, servicios de apoyos comunitarios (CS), y determinantes sociales de la salud.</p> <p>2. Trabajar con el miembro para evaluar riesgos, necesidades, metas y preferencias, y colaborar con los miembros como parte del proceso de ECM.</p>	<p>Documentación Recomendada:</p> <p>1. Plan específico de evaluación y atención integral la(s) población(es) focal(es) que incluya los elementos siguientes:</p> <p>Evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos demográficos. • Requisitos de elegibilidad (incluyendo validación / verificación de servicios o programas no duplicados, o que el miembro cumpla los requisitos de exclusión de ECM). • Estado de Salud Física (actual y anterior). • Revisión de medicamentos (actual y anterior). • Manejo del Dolor. • ADL/IADL. • Estado de Salud del Comportamiento, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> » Función cognitiva. » Factores del desarrollo. » Historial de salud mental / trastornos por consumo de sustancias. • Poblaciones críticas¹. • Inseguridad alimentaria. • Inseguridad de vivienda. • Cultura. • Alfabetización en salud. • Vista y oído. • Recursos y participación de cuidadores. • Apoyo(s) familiares y/o sociales. • Beneficios y elegibilidad. • Fin de la Vida. 			<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

¹ Residencial: Indigente, residente en refugio, vivienda de transición, vivienda de protección, vivienda permanente de apoyo (PSH).

Legal: servicios ordenados por un tribunal, libertad condicional / provisional, reentrada, conducción bajo los efectos del alcohol / licencia restringida, APC/CPS.

Discapacidad: física, SMI, SED, discapacidad del desarrollo, cliente de centro regional.

Otros: embarazada actualmente, relacionado con bandas, veterano de guerra, orientación sexual, identidad y expresión de género (SOGIE).

Área Obligatoria 3 Plan Integral de Evaluación y Administración de Atención	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
<p>3. Calendario de evaluación inicial del miembro, incluyendo salud clínica, del comportamiento, del desarrollo y bucal, trastornos por consumo de sustancias, servicios y apoyos a largo plazo, y determinantes sociales de la salud.</p> <p>4. Evaluaciones continuas de los miembros, incluyendo herramientas utilizadas, frecuencia y requisitos de personal, así como entorno (por ejemplo, en persona, por teléfono, etc.). Los requisitos de reevaluación para miembros inscritos en ECM serán definidos por GCHP según directrices del DHCS.</p> <p>5. Fuentes de datos que informarán el desarrollo del plan de atención.</p> <p>6. Requisito de desarrollar conjuntamente el plan de atención con los miembros, y según sea apropiado, sus redes de apoyo social y miembros del equipo de atención, incluyendo los que estén en otros sistemas y organizaciones.</p>	<p>Plan de Administración de Atención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metas SMART. • Determinación de Prioridades de Metas y plazo previsto de consecución. • Fase en que se encuentra el Miembro de “Estar Dispuesto a Cambiar.” • Principal preocupación de salud del miembro. • Lista de intervenciones / acciones dirigidas hacia cada Meta SMART. • Barreras que impiden conseguir cada meta. • Resultado de cada meta: el plan continuo para seguimiento con el miembro. • Actividades de Automanejo. <p>2. Política / procedimiento que describa el enfoque de planificación de atención interdisciplinar, centrada en el paciente, teniendo en cuenta los riesgos, necesidades, metas y preferencias evaluados, y enfoque a colaboración continua con los miembros como parte del proceso de ECM.</p> <p>3. Política / procedimiento que describa el plazo de finalización de la evaluación inicial del miembro, basado en la(s) población(es) focal(es) a las que se sirve.</p> <p>4. Política / procedimiento que describa las actividades de administración de atención continua, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramientas utilizadas para documentar evaluaciones continuas y planes de administración de atención. • Frecuencia de seguimiento, basada en las necesidades del miembro, para asegurar que no hay carencias en las actividades desarrolladas para abordar las necesidades de salud y servicios sociales del miembro, y para abordar con rapidez esas carencias para asegurar que continúa el progreso hacia la recuperación de salud y funcional. 			

Área Obligatoria 3 Plan Integral de Evaluación y Administración de Atención	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
<p>7. Asegurar que el miembro tiene una copia de su plan de atención e información sobre cómo solicitar actualizaciones.</p> <p>8. Evidencia de un sistema o proceso de sistema de documentación de administración de atención que apoye la documentación requerida de miembros inscritos en ECM y facilite la coordinación y comunicación necesarias entre todo el equipo de atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entornos en los que tendrán lugar las reuniones, específicos para la(s) población(es) focal(es) donde los miembros viven, buscan atención o prefieren acceder a los servicios, es decir, reunirse con la persona y los cuidadores en el lugar en que estén en la comunidad (por ejemplo, difusión en la calle, refugios, atención de relevo, escuelas, unidades psiquiátricas, entornos residenciales de instituciones para enfermedades mentales). • Métodos para identificar el cumplimiento de metas, incluyendo procedimientos de disminución para abordar el cumplimiento general del programa. Esto debe incluir también protocolos para transición sin interrupciones a un nivel más bajo de atención / otro programa, según sea aplicable. <p>5. Política / procedimiento que describa qué fuentes de datos objetivas y subjetivas se utilizan para informar el desarrollo del plan de atención (puede incluir capturas de pantalla).</p> <p>6. Política / procedimiento que describa el proceso de desarrollo de un plan de administración de atención que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación del miembro en el desarrollo del plan de atención. • Participación de la red de apoyo social del miembro, según sea apropiado, en el desarrollo del plan de atención. • Participación de los miembros del equipo de atención en el desarrollo del plan de atención. • Participación, colaboración y conocimiento del plan de atención de ECM del miembro por parte del PCP del miembro (es decir, que comparta el plan de atención el proveedor de ECM y colabore con el PCP del miembro de ECM). 			

Área Obligatoria 3 Plan Integral de Evaluación y Administración de Atención	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de los sistemas y organizaciones que estén prestando servicios al miembro, como un proveedor de Apoyos Comunitarios (CS), según sea aplicable. 7. Política / procedimiento que describa la interrupción de ECM sin transición a un nivel más bajo de atención; por ejemplo, el miembro no ha mostrado beneficio terapéutico adecuado de los servicios ofrecidos; el miembro ya no desea recibir ECM o no responde o no está dispuesto a participar; el proveedor de ECM no ha podido conectar con el miembro tras múltiples intentos; el Miembro se ha mudado; el miembro ha hecho transición a institucionalización a largo plazo; el miembro ya no reúne los requisitos para beneficios de Medi-Cal; o fallecimiento del miembro. 			

Área Obligatoria 4: Coordinación de Atención Mejorada

Área Obligatoria 4 Coordinación de Atención Mejorada	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurar que el proveedor de ECM actuará como “Administrador Director de Atención” para todas las necesidades del miembro, independientemente del entorno. El plan de atención guiará las actividades de atención al paciente. 2. Coordinación con otras entidades que posiblemente vayan a proporcionar algún nivel de coordinación de atención (Servicios para Niños de California, salud del comportamiento del condado, GCHP, etc.). 	<p>Documentación Recomendada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación del / de los Administrador(es) Director(es) de Atención que será(n) responsable(s) de todas las necesidades del miembro, independientemente del entorno, e incluyendo la forma en que esto se comunica al miembro y a las redes de apoyo social al miembro. 2. Política / procedimiento que describa la forma en que se identifican otras entidades que posiblemente vayan a proporcionar algún nivel de coordinación de atención, y el proceso que asegure la coordinación de atención con esa entidad. 			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Área Obligatoria 4 Coordinación de Atención Mejorada	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
<ol style="list-style-type: none"> 3. Coordinación con proveedores de atención primaria, especialistas, salud del comportamiento, necesidades de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) basados en la comunidad y proveedores de salud bucal que participen en la atención al miembro para apoyar el cumplimiento del tratamiento por parte del miembro, incluyendo: 4. Revisión / conciliación de medicamentos, programación de cita, proporcionar recordatorios de citas, coordinación de transporte, acompañamiento a citas críticas e identificar y ayudar a abordar otras barreras que impidan el cumplimiento. 5. Coordinación con agencias comunitarias que proporcionen o podrían proporcionar servicios al miembro. 6. Coordinación de Servicios de Apoyos Comunitarios (CS). 7. Abordar determinantes sociales de la salud de forma continuada como parte de las necesidades de atención del miembro. 8. Conseguir la participación de los miembros y sus respectivas redes de apoyo social en actividades de coordinación de atención. 9. Obtener y documentar la autorización del miembro para compartir información pertinente con todo el equipo de atención que apoye al miembro para coordinar de forma eficaz la salud física, salud del comportamiento y servicios y apoyos basados en la comunidad (LTSS) del miembro. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Política / procedimiento que describa la forma en que se identifica a proveedores de atención primaria, especialistas, salud del comportamiento, salud y otros que proporcionen atención, y el proceso que garantice la coordinación de atención con esos proveedores. 4. Política / procedimiento que describa la forma en que se identifican las agencias comunitarias que actualmente están proporcionando servicios o posibles servicios, y el proceso que garantice la coordinación de atención con esas agencias. 5. Política / procedimiento que describa la forma en que se identifican servicios de Apoyo Comunitario (CS) y el proceso que garantice la coordinación de atención con proveedores y/o suministradores contratados. 6. Política / procedimiento que describa la forma en que se identifican de forma continuada los determinantes sociales de las necesidades de salud, como seguridad alimentaria, vivienda y empleo. 7. Política / procedimiento que describa la forma en que los miembros y sus redes de apoyo social participarán en actividades de coordinador de atención. 			

Área Obligatoria 5: Promoción de la Salud

Área Obligatoria 5 Promoción de la Salud	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajar con los miembros para identificar y aprovechar resiliencias y posibles apoyos familiares o comunitarios. 2. Proporcionar servicios para fomentar y apoyar elecciones de estilo de vida basadas en comportamiento saludable, con la meta de apoyar la capacidad del miembro de hacer seguimiento y manejar su salud con éxito. 3. Expectativas de promoción de la salud y servicios de prevención más allá y por encima de los servicios proporcionados a la población general de Medi-Cal. 4. Apoyar a los miembros para reforzar habilidades que les permitan identificar y acceder a recursos que les ayuden a manejar sus condiciones y evitar otras condiciones crónicas. 	<p>Documentación Recomendada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Política / procedimiento que describa el proceso de identificar y aprovechar resiliencias y posibles apoyos familiares o comunitarios. 2. Política / procedimiento que describa los servicios que ayudarán al miembro a desarrollar habilidades de automanejo que apoyen elecciones saludables de estilo de vida. 3. Política / procedimiento que describa las actividades de promoción de la salud y servicios de prevención que se proporcionen, basados en la complejidad y necesidades que requiera el miembro. 4. Política / procedimiento que describa la promoción de la salud que apoyaría al miembro para acceder a recursos que le ayuden a manejar sus condiciones y evitar otras condiciones crónicas. 			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Required Area 6: Comprehensive Transitional Care

Área Obligatoria 6 Atención Integral de Transición	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer la transición de los miembros de forma segura y sencilla entre distintos niveles de atención y sistemas de prestación para reducir ingresos e ingresos evitables del miembro. 2. Actividades de Coordinación de Atención activadas por las transiciones de atención, incluyendo el desarrollo y mantenimiento regular de un plan de transición para los miembros. 3. Tecnología y herramientas utilizadas para apoyar las transiciones de atención. 	<p>Documentación Recomendada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Política / procedimiento que describa el proceso de planificación, específico para la(s) población(es) focales, para garantizar que se cumplen todas las necesidades para los miembros que experimenten una transición en el nivel de atención. La documentación de las necesidades debe estar en el plan de transición por escrito que se comparta con el miembro, así como cualquier otro proveedor de servicios que esté en contacto con este miembro. El plan de transición debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Motivo / causa de la transición. • Requisitos de seguimiento de salud física y/o mental. • Revisión / conciliación de medicamentos. • Requisitos de educación del miembro. • Actividades de automanejo. • Necesidades de transporte. • Apoyos de servicios sociales. • Necesidades de equipo médico duradero, según sea necesario. • Evaluación de la seguridad de la vivienda, si es necesaria. • Apoyo a cumplimiento y remisiones a servicios apropiados. 2. Política / procedimiento que describa los tipos de actividades y calendarios que sean fundamentales para el éxito de la transición del miembro en el nivel de atención, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> • Contactar con el miembro para asegurar que se cumplen todas las necesidades. • Trabajar con el personal del centro que da el alta para desarrollar el plan de transición. • Volver a conectar al miembro con el PCP. 			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Área Obligatoria 6 Atención Integral de Transición	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una conferencia de caso con la(s) persona(s) apropiada(s) de apoyo social y miembros del equipo de atención, incluyendo las que están en otros sistemas y organizaciones. • Concertar citas de seguimiento oportunas según sea necesario. • Evaluar y revisar el plan de atención según sea necesario. <p>3. Descripción de la tecnología y herramientas utilizadas para identificar y apoyar las transiciones de atención (puede incluir capturas de pantalla), incluyendo la capacidad de hacer seguimiento apropiado del ingreso o alta de cada miembro de un departamento de emergencia, centro de ingreso hospitalario, centro de enfermería especializada, centro residencial / tratamiento, centro carcelario, u otros centros de tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluyendo cualquier cambio en situación de determinantes sociales (por ejemplo, vivienda y empleo). 			
<p>4. Directrices relacionadas con la transición de miembros a niveles más bajos de administración de atención o que ya no necesiten ECM, incluyendo transición sin interrupciones a otra entidad / programa, según sea aplicable.</p>	<p>Documentación Recomendada: Descripción del proceso y criterios para la transición de miembros fuera de ECM, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requisitos que han de cumplirse, como progresos hacia cumplimiento de metas. • Autoeficacia del miembro y capacidad para funcionar de forma independiente • Comprensión por parte del miembro sobre cuándo, por qué y cómo tendrá lugar la transición y/o finalización. • Criterios para superar el programa de ECM. • Criterios para transición a un nivel más bajo de administración de atención / coordinación de atención. • Plan de seguridad según sea apropiado para la población específica. • Plan de mantenimiento según sea apropiado para la población específica. • Transición sin interrupciones del caso y el plan de atención del miembro a otra entidad / programa, según sea aplicable. 			<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

Área Obligatoria 7: Apoyos al Miembro y a la Familia

Área Obligatoria 7 Apoyos al Miembro y a la Familia	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Documentar el cuidador o familia / persona de apoyo del miembro, como tutor, AR, cuidador y/u otra(s) persona(s) autorizada(s) de apoyo. 2. Asegurar que el Administrador Director de Atención de ECM del miembro actúa como punto principal de contacto para el miembro y su familia / personas de apoyo escogidas. 3. Identificar los apoyos que se necesitan para el miembro y los familiares / personas de apoyo para gestionar la condición del miembro y ayudarles a acceder a los servicios de apoyo que necesiten; y 4. Proporcionar educación adecuada al miembro, familiares, tutores y cuidadores sobre instrucciones de atención al miembro. 	<p>Documentación Recomendada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Política / procedimiento que describa con claridad la forma en que se identifican, evalúan y prestan los servicios de Apoyo al Miembro y a la Familia. La documentación debe incluir, aunque sin limitarse a ello, descripciones y ejemplos de lo siguiente. <ul style="list-style-type: none"> • Cualesquiera aspectos que sean específicos de cualquiera de la(s) población(es) focal(es) de ECM, incluyendo a qué población(es) focal(es) corresponden. • Identificación del / de los cuidador(es) familia/persona(s) de apoyo durante la evaluación. • Si no se identifica ninguno, documentar plan para identificar / crear apoyos con el miembro. 2. Política / procedimiento que demuestre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Diálogo con el miembro acerca de comunicación del Administrador Director de Atención (incluyendo tipo y frecuencia) con cuidador(es) identificado(s) y familia / persona(s) de apoyo como parte de los servicios. • Obtención de consentimiento del miembro para comunicarse con cuidador(es) familia / persona(s) de apoyo, según sea aplicable. • Documentación de que el Administrador Director de Atención informó al miembro, cuidador(es) y o familia / persona(s) de apoyo que es el punto principal de contacto para servicios y ha ofrecido su información de contacto. 3. Política / procedimiento que demuestre: <ul style="list-style-type: none"> • Identificación y descripción claras de apoyos necesarios para que el miembro y el / los cuidador(es) o familia/ persona(s) de apoyo gestionen la condición del miembro y colaboren con las metas del miembro. 			<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

Área Obligatoria 7 Apoyos al Miembro y a la Familia	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de la forma en que el Administrador Director de Atención ayudará al / a los cuidador(es) o familia/persona(s) de apoyo a acceder a servicios de apoyo, incluyendo un plan y calendario de seguimiento de servicios. 4. Política / procedimiento que describa con claridad: <ul style="list-style-type: none"> • Cómo y cuándo el Administrador Director de Atención proporcionará planificación, educación, capacitación e instrucciones de atención culturalmente apropiadas y centradas en la persona a cuidador(es) o familia / persona(s) de apoyo. • Dónde y cómo se documentarán planificación, educación, capacitación e instrucciones de atención culturalmente apropiadas y centradas en la persona a cuidador(es) o familia / persona(s) de apoyo. • Documentación del plan del Administrador Director de Atención para seguimiento con cuidador(es) o familia / persona(s) de apoyo tras planificación, educación y capacitación después de la instrucción. • La forma en que el miembro puede pedir cambiar de Administrador Director de Atención, cómo se gestionan esas peticiones, y la forma en que se notificarán las peticiones de cambio a GCHP. 			

Área Obligatoria 8: Coordinación y Remisión a Servicios Comunitarios y de Apoyo Social

Área Obligatoria 8 Coordinación y Remisión a Servicios Comunitarios y de Apoyo Social	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
<ol style="list-style-type: none"> Determinar los servicios apropiados para cubrir las necesidades de los miembros, incluyendo servicios que aborden los determinantes sociales de las necesidades de salud, vivienda y/o servicios que se ofrecen como servicios de Apoyos Comunitarios (CS). Coordinar y remitir a los miembros a los recursos comunitarios disponibles y hacer seguimiento con el miembro para asegurar que se presten los servicios (es decir, remisiones de circuito cerrado). Obtener y documentar la autorización por parte del miembro para compartir información relevante con todo el equipo de atención que apoya al miembro para coordinar de forma efectiva la salud física, salud del comportamiento y los servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad (LTSS) del miembro. 	<p>Documentación Recomendada:</p> <ol style="list-style-type: none"> Política / procedimiento que describa la forma en que se determinan los servicios, beneficios y recursos apropiados para el miembro, la forma en que se ubican y se accede a ellos en la comunidad (por ejemplo, guía de recursos internos, directorio de colaboradores en la comunidad, uso del 211, Aunt Bertha, Registro de Salud Comunitaria, etc.). Si hay más de una población incluida en la solicitud, por favor, asegúrese de identificar a cada población(es) focal(es) y su conocimiento sobre el acceso a recursos comunitarios necesarios para esta población específica, si es aplicable. Por favor, sea específico al enumerar evidencias de su conocimiento de recursos para la(s) población(es) servidas. Política / procedimiento que describa el flujo de trabajo de cómo se coordinan las remisiones con el recurso comunitario, incluyendo la forma en que se hace seguimiento de la remisión y confirmación de que se proporcionó el recurso / servicio. El procedimiento o flujo de trabajo también debe incluir las actividades o intervenciones que apoyan que la remisión se completa de forma apropiada. Puede incluir capturas de pantalla que apoyen el seguimiento de la remisión, si se utilizan. 			<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

Administración y Operaciones del Proveedor de ECM

Área Obligatoria 9: Reclamos / Encuentros

Área Obligatoria 9: Reclamos/Encuentros	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
<p>1. El proveedor de ECM debe demostrar la capacidad de presentar reclamos y/o encuentros (como mínimo mensualmente) a GCHP conforme a los requisitos del Departamento de Servicios de Salud (DHCS) incluyendo códigos de diagnóstico apropiados y modificadores relacionados.</p> <p>2. El proveedor de ECM debe demostrar la utilización de un sistema o proceso de documentación de administración de atención. Los sistemas de documentación de administración de atención pueden incluir Tecnología Certificada de Registros de Salud Electrónicos, u otras herramientas de documentación que puedan: documentar metas del miembro y estado de consecución de las metas; desarrollar y asignar tareas del equipo de atención; definir y apoyar las necesidades de coordinación y administración de atención del miembro; reunir información de otras fuentes para identificar las necesidades del miembro y apoyar coordinación y comunicación del equipo de atención y apoyar notificaciones sobre el estado de salud del miembro y las transiciones de atención (por ejemplo, altas de un hospital, centro de atención a largo plazo, situación de vivienda).</p>	<p>Documentación Recomendada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evidencia de un Registro de Salud Electrónico (EHR) u otro sistema electrónico que cumpla los requisitos, que se utilizará para documentar los encuentros de difusión y servicio del ECM. 2. Evidencias de dónde y cómo la documentación apoyará la coordinación de servicios físicos, del comportamiento y sociales, y datos administrativos e información de otras entidades que apoyen la administración y mantenimiento del plan de atención del miembro 3. Capturas de pantalla o un recorrido guiado, si es apropiado, de los cambios de configuración para acomodar las presentaciones de reclamos/encuentros de ECM basándose en las directrices del. <p>NOTA: Para ser certificado como Proveedor de ECM es necesario participar y completar con éxito el proceso de pruebas de presentación de reclamos/ facturas de GCHP.</p>			<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

Área Obligatoria 10: Intercambio de Datos de Archivos

Área Obligatoria 10: Intercambio de Datos de Archivos	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
<p>El proveedor de ECM debe mostrar capacidad para entrar/conectarse con el sitio SFTP de GCHP para recuperar, procesar y proporcionar datos e informes clave operacionales y reglamentarios para asegurar la prestación de servicios de ECM a miembros elegibles.</p> <ol style="list-style-type: none"> De forma regular, los proveedores de ECM deben recuperar un archivo de miembro de elegibilidad y/o inscripción que contenga miembros de ECM que sean potencialmente elegibles para recibir servicios de ECM, incluyendo miembros tanto nuevos como existentes. De forma regular, los proveedores de ECM deben recuperar un Archivo de Información de Miembro que incluya información personal de salud (PHI) sobre miembros potencialmente elegibles e inscritos. Como mínimo mensualmente, los proveedores de ECM deben actualizar y reportar a GCHP mediante una subida de archivos a SFTP identificando los servicios proporcionados y la situación de cada miembro elegible e inscrito en ECM. Mensualmente y trimestralmente, los proveedores de ECM deben proporcionar informes suplementarios a GCHP según los requisitos del DHCS. GCHP puede también utilizar el sitio SFTP para intercambiar otros archivos de datos para apoyar la prestación de servicios del proveedor de ECM (es decir, informes de ADT, informes de capitación, etc.) 	<p>Documentación Recomendada:</p> <ol style="list-style-type: none"> Certificación de la capacidad del proveedor de ECM para conectarse con los sitios SFTP de MCP y recuperar y presentar archivos del proveedor de ECM. <p>NOTA: Para ser certificado como Proveedor de ECM es necesario participar y completar con éxito el proceso de pruebas de archivos de GCHP.</p>			<p>¿Capacidad de transferir con éxito archivos vía SFTP? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Capacidad de recibir y procesar con éxito archivos vía SFTP? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Comprensión demostrada de las expectativas de formato de archivos y fechas de envío? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

Área Obligatoria 11: Personal

Área Obligatoria 11: Personal	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
<p>El proveedor de ECM tiene el personal de equipos de atención adecuado para cumplir las proporciones de personal requeridas para ECM según describe el DHCS.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como mínimo, los proveedores de ECM deben tener un Director de ECM, Consultor(es) Clínico(s) de ECM y Administradores Directores de Atención. 2. Las proporciones de personal estarán basadas en requisitos del DHCS. Cuando existan, GCHP proporcionará directrices para las proporciones de personal para los miembros asignados al/a los Administrador(es) Director(es) de Atención y potencialmente la proporción para Administrador(es) Director(es) de Atención asignados a Consultores Clínicos. <p>El Administrador Director de Atención de responsable de lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Actuar como punto principal de contacto para el Miembro, la familia del miembro, Representante Autorizado (AR, por sus siglas en inglés), cuidador, otra(s) persona(s) autorizada(s) de apoyo según sea apropiado, y el equipo de atención multidisciplinar que proporciona atención al Miembro. 4. Desarrollar un Plan de Administración de Atención integral con aportaciones de un equipo de atención multidisciplinar, así como del miembro, para garantizar que se adopta un enfoque integral de la persona para identificar carencias en el tratamiento o carencias en servicios disponibles y necesarios. 	<p>Documentación Recomendada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombres, cualificaciones y papeles funciones del personal del equipo de atención del proveedor de ECM. 2. Organigrama de personal de la organización de ECM que aborde las funciones y responsabilidades que se requieren y la forma en que el equipo de atención de ECM se integra dentro de la organización proveedora de ECM 3. Política / procedimiento que describa la supervisión y seguimiento clínico de los Administradores Directores de Atención, la frecuencia de reuniones, reuniones de equipo, o conferencias de caso necesarias para asegurar que se proporciona apoyo continuado al equipo. 4. Política / procedimiento que describa la forma en que el equipo de atención de ECM debe gestionar cualquier agravamiento del caso del miembro (por ejemplo, ideas suicidas) y qué miembros del equipo participan y están disponibles para apoyar a los Administradores Directores de Atención. Esta política/ procedimiento debe ser específica para la(s) poblacion(es) focal(es). 			<p>¿Documento completo de capacidad (incluyendo nombres/puestos e información de contacto de equipo de administración de caso de ECM con cargas de caso actuales)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Plan de dotación futura de personal/ aumento con el tiempo y cómo tienen intención de cumplir los requisitos de personal de ECM? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Organigrama de personal de ECM que muestre la integración del equipo de atención de ECM en el proveedor de ECM? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

Área Obligatoria 11: Personal	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
<p>Los proveedores de ECM tienen protocolos en marcha que describen la forma en que se proporciona supervisión clínica a miembros del personal que no tengan licencia (esto es, paraprofesionales) que actúen como Administrador Director de Atención para asegurar la continuidad de orientación, capacitación y apoyo clínico para supervisar adecuadamente el plan de atención y coordinación de atención del miembro de ECM.</p>				

Área Obligatoria 12: Supervisión y Seguimiento

Esta área obligatoria solo se aplica si el proveedor de ECM se propone subcontratar con otra entidad para cumplir los requisitos de proveedor de ECM.

Por favor, tenga en cuenta que cualquier propuesta de incluir un subcontrato para cumplir los requisitos del proveedor de ECM debe ser revisada, evaluada y aprobada por parte de GCHP mediante el proceso de certificación de proveedores de ECM.

Área Obligatoria 12: Supervisión y Seguimiento	Evidencias Recomendadas	Notas	Evidencias Presentadas	Cumple (Solo para Uso Interno)
<p>La revisión y aprobación por parte de GCHP del uso de un subcontratista para cumplir los requisitos de proveedor de ECM debe demostrar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento especializado de la(s) poblacion(es) focal(es) de ECM a las que tienen intención de servir; y 2. Una estructura o relación preexistente que ha fomentado la ejecución de un plan robusto de supervisión y seguimiento del / de los contratista(s) (esto es, éxito demostrado en otros programas con el mismo o relación similar de subcontratación existente). 3. Desarrollo y ejecución de actividades de supervisión y seguimiento para asegurar el cumplimiento de los requisitos del proveedor de ECM. 4. Demostración a GCHP de las actividades de supervisión y seguimiento, incluyendo la identificación de cualquier problema de calidad o cumplimiento y la ejecución de acciones correctoras, según sea aplicable. 	<p>Documentación Recomendada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demostración de la ejecución de actividades de supervisión y seguimiento para asegurar el cumplimiento de los requisitos del proveedor de ECM, incluyendo la identificación de cualquier problema de calidad o cumplimiento y la ejecución de acciones correctoras, según sea necesario. 2. Plan de supervisión y seguimiento para el / los subcontratista(s) para revisar los informes y la presentación de datos por parte de los subcontratistas mensual y/o trimestralmente, incluyendo la supervisión de la prestación de servicio y calidad de atención y ejecución de auditorías completas. 3. El proveedor de ECM deberá presentar informes de progresos trimestrales a los MCP respecto del desempeño de cada subcontratista. 			<p>¿Políticas y Procedimientos de Supervisión y seguimiento completos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿El subcontratista demuestra conocimiento especializado de la(s) población(es) focal(es) específicas de ECM Y tiene éxito anterior como subcontratista con el solicitante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>



**Gold Coast
Health Plan**SM
A Public Entity

Administración de Atención Mejorada (ECM)
Solicitud de Certificación de Proveedor

711 East Daily Drive, Suite 106, Camarillo, CA 93010
www.goldcoasthealthplan.org