

Reunión del Comité Asesor de Medicaid-MAC
Lunes, 23 de abril de 2018
MINUTOS

Hora: Inicio-1:03pm Finalizo-3:27pm Ubicación: Garrey Carruthers State Library, 1205 Camino Carlos Rey, Santa Fe, 87507

Presidente: Larry A. Martinez, Servicios Médicos de Presbyterian

Registradora: Alysia Beltran, División de Asistencia Médica

Miembros del Comité:

Sylvia Barela, Santa Fe Recovery Center	Kim Jevertson, Miembro Publico
Michael Batte, Miembro Publico	KyKy Knowles, Departamento de Servicios de Envejecimiento y largo plazo de NM
Natalyn Begay, Ohkay Owingeh	Meggin Lorino, Asociación de Cuidados de Casa y Hospicio NM
Jim Copeland, Departamento de Salud de NM	Carol Luna-Anderson, Asesor de Salud del Comportamiento de Life Link
Ramona Dillard, Pueblo of Laguna	Richard Madden, Capítulo de la Academia Americana de Médicos de Familia de NM
Jeff Dye, Asociación de Hospitales de Nuevo México	Rodney McNease, Hospitales de UNM
Mary Eden, Servicios de Salud Presbyterian	Carolyn Montoya, Colegio de Enfermería de NM
Michael Hely, Consejo Legislativo de NM	Eileen Goode, NM Primary Care Association
Daniel Bourgeois, Poblacion de Medicaid	Linda Sechovec, NM Health Care Association
Ruth Hoffman, Ministerio Luterano de Defensa de NM	Laurence Shandler, Oediatra
Gary Housepian, Derechos de Discapacidad	Gene Varela, AARP New Mexico
Monique Jacobson, Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de NM	Dale Tinker, Asociación de Farmacéuticos de NM
Mark Freeland, Navajo Nation	

Miembros Ausentes:

Michael Batte, Miembro Publico	Natalyn Begay, Ohkay Owingeh
Mark Freeland, Navajo Nation	Gene Varela, AARP New Mexico
Monique Jacobson, Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de NM	

Personal y Visitantes

Asistentes:

Nancy Smith-Leslie, Director de Medicaid	Jason Sanchez, HSD/MAD	Kari Armijo, HSD/MAD
Mike Nelson, HSD Subsecretario	Linda Gonzales, HSD/MAD	Wayne Lindstrom, BHSD
Russ Toal, Consultor	Mark Sawaya, OTSUKA	Bianca Gutierrez
Marilyn Bennett, New Vistas	Raymond Mensack, United Healthcare	Margaret White, Health Insight NM
Jenny Felmy, Comite Legislativo de Finanzas	Abuko D. Estrada, Centro de Ley y Pobreza de NM	Sun Vega, Hyde & Associates
Brian M., HSD	Chuck Milligan, United Healthcare	Heather Ingram, Plan de Salud Presbyterian
Jason Espinosa, NMHCA	Martha Gragg, Western Sky Community Care	Nathan Cogborn, Western Sky Community Care
Mary Kay Pera, NMASBHC	Nancy Rodriguez, NMASBHC	Stefany Goradia, Versatile MED Analytics
Desbah Farden, HSD	Joie Glenn, Defensa para el hogar y cuidado de hospicio	David Nater, UHC
Jody Harris, UNMH	Cindy Keiser, HSD/ BHSD	Mike Renand, Servicios de Salud Presbyterian
Jeff Jarjoura, Optum	Liz Lacouture, PHP	Jordan E., Plan de Salud Presbyterian
Elena Rubinfeld, Southwest Women's Law Center		

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
I. Introducciones	Larry Martinez convocó la reunión y dirigió las presentaciones. Larry presentó a los miembros designados, el personal y los invitados mientras llegaban durante la reunión.	Ninguna	Larry Martínez, Presidente del MAC	Completado
II. Aprobación de la Agenda	La agenda para esta reunión fue aprobada por todos los miembros del comité que asistieron, sin cambios recomendados.	Ninguna	Larry Martínez, Presidente del MAC	Completado
III. Aprobación de los Minutos (Acta)	El acta de la reunión del 29 de enero de 2018 celebrada en el State Capitol Roundhouse, la sala 326 fue aprobada por el comité sin correcciones.	Los minutos finalizados se publicarán en el sitio web de HSD.	Oficina del Director de HSD/MAD	Completado
IV. Proyecciones de Presupuesto de Medicaid	<p>Jason Sánchez presentó la Proyección de presupuesto de Medicaid:</p> <p>Proyección de inscripción: no hay demasiados cambios desde la última presentación de la proyección presupuestaria. Al final del año fiscal (FY) 2018 se prevé que la inscripción a Medicaid sea de 872.676 personas, una disminución de algo menos de 5.000 de la proyección anterior, debido a un crecimiento inferior al esperado en las poblaciones de beneficios completos y de beneficios familiares. En una base de disminución porcentual, es menos de la mitad de un porcentaje. Continuamos desarrollando la proyección con un crecimiento del uno y medio por ciento en la inscripción a lo largo del año fiscal 19. No hay un cambio significativo en la inscripción de atención administrada de proyecciones previas. La población de Salud física creció más lento de lo que se había proyectado anteriormente. HSD está rastreando un crecimiento más lento en la salud física. La población de expansión Medicaid también ha crecido. En general, hay un cambio en la distribución de nuestra población; lo que hace que los miembros hagan la transición a cohortes de mayor costo.</p> <p>Modelo de demora presupuestaria para el año fiscal (FY) 17: los gastos de tarifa por servicio han disminuido en alrededor de \$6.2 millones. Las líneas de pedido de Discapacidades del Desarrollo y Exenciones Medicamento Frágiles (DD & MF) no tienen cambios significativos. Impulsamos los gastos del Departamento de Salud entre el año fiscal 2017 y el año fiscal 2018 porque no había fondos suficientes para este nivel de gasto. Los gastos relacionados con la salud física de Centennial Care han aumentado en \$1.6 millones. CC Los servicios y apoyos a largo plazo también han aumentado en \$35 millones. Este aumento se atribuye a una reconciliación con las MCO para el programa de beneficios comunitarios. La conciliación de los beneficios comunitarios se sobreestimó en \$24 millones.</p> <p>Modelo de demora de proyección presupuestaria para el año fiscal 18 -</p>	Ninguna	Jason Sánchez, Director Adjunto, División de Asistencia Médica, Departamento de Servicios Humanos	Completado

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	<p>Gastos del año fiscal (FY) 2018: la proyección de tarifa por servicio para Indian Health Services (IHS, por sus siglas en inglés) se reduce en poco menos de \$3 millones. El número refleja una disminución en los gastos relacionados con el uso de IHS por parte de los beneficiarios. Los gastos por Discapacidades del Desarrollo y Exención Medicamento Frágiles tienen un aumento proyectado de aproximadamente \$2.1 millones. Continuamos viendo presupuestos autorizados más altos para clientes con DD, así como una mayor utilización de esos presupuestos autorizados. Las líneas de atención administrada de Centennial Care reflejan un cambio neto total de \$6.4 millones con una disminución en los gastos de salud física que está vinculada a una inscripción proyectada más baja que la proyectada anteriormente. Los gastos de LTSS aumentaron en \$11.2 millones, lo que incluye el cambio en la conciliación de los beneficios de la comunidad y los costos más altos en general. La población de expansión adulta refleja un aumento de \$2.4 en los gastos. Medicare Parte D aumentó en \$1.1 millones. En general, la necesidad del fondo general para FY18 es de \$943,722, y recibimos una asignación de \$933,625 que resulta en un déficit de aproximadamente \$10.1 millones.</p> <p>Modelo de tendencia de proyección presupuestaria para el año fiscal (FY) 2019: este es un modelo de tendencia basado en el modelo de desfase para el año fiscal FY18. Hay un cambio de \$3 millones para la tarifa por servicio en los gastos de los servicios de salud para indígenas (IHS). En la línea 14, los desembolsos por desarrollo y los gastos de exención médicamente frágil están previstos para tener un aumento de \$3 millones. Los ítems de la línea de atención administrada reflejan un cambio de miembros que se trasladan a cohortes de mayor costo y reflejan una proyección de \$21.8 millones. En la línea 30, hemos aumentado las tarifas de los proveedores, así como un aumento proyectado en los honorarios de las farmacias. HSD no ha finalizado lo que debe incluirse en las líneas de atención administradas. El resultado final es un aumento general proyectado en los gastos de \$41.5 millones con un aumento de la GF proyectado asociado de \$10.1 millones.</p>			
<p>I. Actualización del Director</p>	<p>Nancy Smith-Leslie presentó una actualización del director al Comité Asesor de Medicaid NM:</p> <p>Actualizaciones de RFP de Centennial Care 2.0 MCO: un proceso de revisión de preparación de un año en curso. Las MCO de Centennial Care 2.0 deben estar certificadas como listas para aceptar nuevas inscripciones a mediados de septiembre. El período de inscripción abierta para los miembros de Medicaid comienza en octubre de 2018 hasta finales de noviembre de 2018.</p> <p>Cronograma de Centennial Care 2.0: el Aviso de adjudicación para los contratos de MCO para el año calendario 2019 fue el 19 de enero de 2018. La fecha límite para presentar la protesta (debe ser 15 días calendario después de la Notificación de adjudicación) fue el 5 de febrero de 2018.</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Nancy Smith-Leslie, Directora de la División de Asistencia Médica, Departamento de Servicios Humanos</p>	<p>Completado</p>

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	<p>Hay cuatro protestas activas. Las pruebas del sistema para transferencias de archivos, encuentros, etc., y las auditorías de preparación en el sitio con MOC se llevarán a cabo en julio de 2018. La determinación final para la preparación será en septiembre de 2018. Los eventos de alcance estatal comenzarán a mediados de septiembre de 2018. Open En -La inscripción será de octubre a diciembre de 2018 con un Go-Live (en vivo) el 1 de enero de 2019.</p> <p>Acuerdo de gestión de transición: las MCO actuales y las CC MCC han firmado un acuerdo de gestión de transición que requiere que cada MCO establezca un equipo de transición, cumpla con plazos específicos para las actividades de transición, identifique y rastree miembros de alto riesgo y miembros con necesidades complejas de salud conductual. HSD y MCO formarán un grupo de trabajo de transición para monitorear las actividades.</p> <p>Centennial Care 2.0 1115 Actualización de exención: HSD presentó su solicitud de renovación de exención 1115 a CMS en diciembre de 2017, y CMS llevó a cabo su período de comentarios públicos de 30 días hasta enero de 2018. Las negociaciones de renuncia están en curso durante los próximos seis a ocho meses. HSD solicitó que se prioricen las negociaciones para enfocarse en nuevas iniciativas que requerirán cambios en el sistema y la regulación. La promulgación de un borrador de regla con comentarios públicos será en septiembre y/o octubre de 2018 para una fecha de vigencia del 1 de enero de 2019.</p> <p>Actualizaciones de farmacias: CMS aprobó la Enmienda del Plan Estatal (SPA, por sus siglas en inglés) que revisa los métodos de pago de honorarios por servicio para medicamentos ambulatorios de conformidad con las normas federales. Solo se aplica a los pagos y reembolsos de tarifa por servicio de Medicaid utilizando una metodología de costo de adquisición real (AAC). El reembolso es el más bajo de la Ley de Atención Asequible (ACA) del Límite superior federal (FUL) más la tarifa de despacho, Costo nacional promedio de adquisición de medicamentos (NADAC) más tarifa de despacho, Costo promedio del mayorista (WAC) más 6% más tarifa de despacho, costo informado de los ingredientes de la farmacia más tasa de despacho y el cargo habitual y habitual (U & C). Implementa una tarifa de despacho de \$10.30. Métodos de reembolso para medicamentos 340B, factor de coagulación, programa de suministro federal, medicamentos comprados a precio nominal y tarifas de capitalización. Se enviará un suplemento explicando estos cambios a todos los proveedores. Las MCO están ajustando los procedimientos, pero ya están cumpliendo con la SB 11 (Cobertura de Medicamentos Recetados) y estarán en total cumplimiento para el 1 de enero de 2019.</p>			

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	<p>HSD recibió inquietudes de las farmacias comunitarias sobre la falta de pago que podría generar problemas de acceso para los miembros. HSD ha emitido una Carta de orientación a las MCO que establece nuevas políticas para reembolsos a farmacias comunitarias a partir del 1 de abril de 2018. La política de farmacias comunitarias establece que el precio de MCO MAC para el costo de los ingredientes para medicamentos genéricos no puede ser inferior al actual Costo Promedio de Adquisición de Drogas (NADAC). La política no establece una tarifa de dispensación para la atención administrada, que debe continuar negociándose entre la farmacia y la MCO. Asegura el pago por la administración, la composición, el montaje, las consultas o la tarifa de prescripción de los kits de Naloxone y los anti-conceptivos orales. También mejora el proceso para que las farmacias presenten desafíos de precios y reciban decisiones de las MCO.</p> <p>Actualización de salud en el hogar: Los hogares de salud para afecciones crónicas graves de salud conductual se expandieron a ocho condados más el 1 de abril de 2018, que son: NM Solutions en Albuquerque, Presbyterian Medical Services en Rio Rancho, Kewa Pueblo Health Corporation en Santo Domingo Pueblo, Hidalgo Medical Services en Silver City y Lordsburg, y Guidance Center del condado de Lea en Hobbs; El Hospital y las clínicas de la Universidad de Nuevo México se lanzarán el 1 de julio de 2018. Actualización de compras basadas en el valor: en 2017 se requirió que las MCO tuvieran al menos el 16% de todos los pagos de proveedores en los acuerdos de VBP y todas las MCO cumplieron con este requisito. Una nueva iniciativa para compras basadas en valores (VBP) con centros de enfermería está comenzando ahora. Se está formando un comité directivo para diseñar el programa y construir la infraestructura necesaria. El plan es seleccionar entre ocho y diez revisiones de centros de enfermería y seleccionar entre cuatro y cinco métricas de calidad y acordar la definición de readmisión. La iniciativa se lanzará en 2019.</p> <p>Conclusiones de la evaluación provisional de CC: Deloitte Consulting está llevando a cabo la evaluación independiente de la exención 1115 según lo exige CMS. Los hallazgos provisionales se presentaron con la renovación de exención que cubría los años calendario 2014, 2015 y los datos preliminares de 2016. Un resumen de los hallazgos en áreas clave incluye: mejoras en la coordinación e integración de cuidados, mejoras en la calidad de la atención, reducción de gastos y un cambio a servicios menos costosos, mayor compromiso de los miembros y satisfacción de los miembros, y mejora en el acceso a la atención. Se encontraron mejoras adicionales en el porcentaje de la población del estado incluida en Medicaid, la proporción de proveedores y miembros, el acceso a la telemedicina, el porcentaje de miembros que utilizan los nuevos servicios de salud del comportamiento y la tasa de vacunación contra la gripe. Se encontraron disminuciones en el porcentaje de edad de los miembros que tuvieron una visita dental anual, el porcentaje de miembros que tuvieron una visita a un</p>			

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	<p>proveedor de atención primaria y las tasas de vacunación de niños y adolescentes. HSD está evaluando estos hallazgos iniciales para identificar iniciativas potenciales para continuar haciendo mejoras en los próximos años.</p> <p>Dash Boards: Total Centennial Care La inscripción mensual se ha reducido. Los costos totales de Centennial Care han aumentado en un uno por ciento para el año actual; sin embargo, los costos per cápita han disminuido en un dos por ciento.</p>			
<p>II. Actualización de MMISR</p>	<p>Linda Gonzales presentó la actualización de MMISR</p> <p>Enfoque de Reemplazo del Sistema de Información de Gestión de Medicaid (MMISR): Salud y Servicios Humanos (HHS) 2020 es un enfoque de transformación en la forma en que se brindan los servicios y programas de HHS. Tiene un enfoque modular de toda la empresa centrado en las personas. También promueve la visión de incluir una solución empresarial para múltiples socios de agencias estatales.</p> <p>Antecedentes de MMIS: NM Medicaid tiene una solución MMIS de 20 años que no puede renovarse ya que no cumple con los requisitos federales. El financiamiento federal depende de una solución certificada. Las demandas y expectativas en servir a los beneficiarios de Medicaid están aumentando.</p> <p>Marco: hay seis módulos: integrador de sistema (SI), servicios de datos (DS), garantía de calidad (QA), servicios de administración de beneficios (BMS), servicios financieros (FS), interfaz pública unificada (UPI) y resultados basados Gestión (OBM). Para cada módulo, hay múltiples componentes, con un proveedor principal.</p> <p>Qué se ha hecho: Visionando, Autoevaluación estatal de la arquitectura de tecnología de información de Medicaid (MITA SSA), aprobación por CMS, aprobación por DoIT y aprobación legislativa de los fondos estatales para MMISR.</p> <p>Dónde estamos ahora: Verificación y Validación Independiente (IV & V): CSG fue contratada en agosto de 2016 como el proveedor de IV & V. El proveedor de Integrador de sistemas: soluciones globales se contrató en marzo de 2018. El proveedor de servicios de datos relanzó el RFP el 16 de marzo y este contrato se encuentra en negociación final. Se lanzó la RFP de Seguro de Calidad y se recomienda un proveedor. El RFP de Servicios de administración de beneficios se envió a CMS para su revisión. El RFP de Servicios Financieros se encuentra en la etapa de recopilación de información. Los RFP para un Portal Unificado (UPI) y para un Centro de Servicio al Cliente Consolidado están en desarrollo.</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Linda Gonzales, Subdirector</p>	<p>Completado</p>
<p>III. Compra basada en valor (VBP)</p>	<p>Jordan E. con Presbyterian Health Plan (PHP) presentó los éxitos de PHP Value Based Purchasing (VBP):</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Jordan – Plan de Salud de Presbyterian.</p>	<p>Completado</p>

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	<p>Programas VBP de Presbyterian: PHP tiene tres niveles de programas VBP; Nivel 1: Programa de incentivos a la calidad del proveedor y participación obstétrica. El Programa de Incentivo a la Calidad del Proveedor es una bonificación basada en el logro de medidas de calidad del médico relacionadas con el Conjunto de Datos e Información sobre la Efectividad de la Atención Médica (HEDIS) y el Departamento de Servicios Humanos (HSD). Obstetrics Gainsharing es un programa de ahorro compartido con instalaciones para incentivar la mejora en las tasas de cesáreas. Nivel 2: PCMH con ahorros compartidos, es un modelo de ahorro compartido solo al alza que también incluye pagos mensuales de soporte financiero y requisitos sobre calidad y utilización. Este programa es similar en muchos aspectos al Pago Avanzado de Medi-care y al Modelo de Ahorro Compartido. Nivel 3: Subcapitación de múltiples especialidades y proveedor de salud conductual a doble cara. Compartir el riesgo. Subcapitación de múltiples especialidades es un programa global de captación de riesgo de PHP para grupos de proveedores de atención primaria; hay dos arreglos actualmente en operación: uno con un grupo médico relacionado y otro con un gran Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC). Proveedor de servicios de salud conductual El intercambio de riesgos a doble cara es un programa que incluye pagos mejorados a un proveedor de BH a cambio de un riesgo bilateral; hasta ahora los resultados en ambos lados han sido positivos.</p> <p>Intercambio de datos: actualmente existen diferentes niveles de intercambio de datos. Nivel 1: Programa de incentivos a la calidad del proveedor y PCMH con participación compartida de ahorro y obstetricia. El Programa de Incentivo a la Calidad del Proveedor es una información compartida que consiste en informes mensuales de logros de calidad para los miembros asociados contra objetivos definidos. PCMH con ahorro compartido es un informe completo que se proporciona mensualmente con estadísticas de calidad y utilización para los miembros con firma, así como también listas detalladas; los datos financieros se entregan trimestralmente. Obstetrics Gainsharing es un informe trimestral sobre objetivos anuales de progreso. Nivel 3: Subcapitación de múltiples especialidades y proveedor de salud conductual a doble cara. Compartir el riesgo. La Subcapitación de múltiples especialidades requiere que PHP comparta extractos de reclamos mensuales para todos los miembros asignados con el sistema de entrega relacionado Admisión Descarga Archivos de transferencia provistos diariamente. El Compartimiento de Riesgos a Dos Caras del Proveedor de Salud Mental incluye una lista mensual de miembros atribuidos y resúmenes de reclamos a nivel de miembros para miembros atribuidos.</p> <p>Éxitos y desafíos de VBP: algunos de los éxitos de PHP son la satisfacción general de los proveedores y la sensación de alineación con los objetivos de PHP con el programa PCMH. El acuerdo con FQHC ha demostrado ser un éxito financiero bajo el programa. PHP ha brindado asistencia técnica</p>			

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	<p>en configuraciones de datos y sistemas, junto con expectativas claras sobre productos descargables. Algunos desafíos están relacionados con los acuerdos de intercambio de datos con los proveedores. Además, el proveedor de enseñanza agrupa algunos de los conceptos más técnicos de administración y contabilidad del riesgo en los niveles más avanzados de VBP; es decir, devengos IBNR, stop loss, ajustes de primas, tendencia en el tiempo, etc. La estandarización del intercambio de datos y la capacitación estandarizada fueron lecciones aprendidas en 2017 y aplicadas en 2018.</p> <p>Mike Renaud con Presbyterian Medical Services presentó PMS VBP Update:</p> <p>VBP de Presbyterian Medical Services: una pequeña porción de pacientes representa una parte desproporcionada de los costos. Emplee una metodología para identificar estos y otros pacientes de alto riesgo. Desarrolle un programa de administración de cuidado. Alinee los equipos de atención de PMS con las metas del programa y el enfoque implacable en las medidas de calidad.</p> <p>El grupo de alto riesgo y alto costo es la primera prioridad y asegura que los pacientes más enfermos y más costosos estén bien administrados, luego aprovecha los análisis para respaldar una estrategia integral de atención primaria y el uso de datos para descubrir oportunidades de mejoras sistemáticas.</p> <p>PMS está participando en nueve proyectos exitosos de VBP. Los equipos híbridos con atención están compuestos por: pacientes y familiares, PCP, personal de atención clínica primaria, coordinación de atención centralizada, profesionales de BH, profesionales dentales, farmacéuticos y personal de HIT.</p> <p>Lecciones aprendidas: numerosas historias de éxito, mayores recursos de la organización, mejor equipo de atención, calidad clínica mejorada, resultados financieros positivos y una mejor relación con las MCO. Los desafíos incluyen importantes inversiones iniciales / intensivas en capital, el desarrollo de alianzas y la complejidad de esos acuerdos; necesidad de sofisticación organizacional, elemento humano y tener pies en dos mundos.</p>		Mike Renaud, Servicios Médicos de Presbyterian.	
IV. Comentario Publico	Nancy Rodríguez pidió a todas las MCO que recuerden a todos los adolescentes en los próximos cambios que se implementarán para el programa.	Ninguna		Completado
V. Clausura	La reunión se suspendió a las 3:27 p.m. La fecha para la próxima reunión ordinaria no fue anunciada.	Visite el sitio web de HSD para las próximas fechas de reunión.	Larry Martínez, Presidente del MAC	Completado

Respetuosamente
Presentado:

Alysia Beltran

6 de junio de 2018

Grabadora

Fecha