

Comité Asesor de Medicaid - Reunión MAC
Lunes 2 de noviembre de 2020
MINUTOS

Tiempo: Comenzo-1:06 pm Finalizo -3:23 pm Ubicación: GoTo Meeting

Presidente: Larry A. Martinez, Presbyterian Medical Services

Grabadora: Alysia Beltran, Medical Assistance Division

Miembros del comité: Sylvia Barela, Santa Fe Recovery Center
Jeff Bustamante, BeWellNM
Ruby Ann Esquibel, LFC
Kurt Rager, Lutheran Advocacy Ministry NM
Gary Housepian, Disability Rights NM
Kathy Kunkel, NM DOH
Kristina Leeper, NMMIP
Meggin Lorrino, NM Association for Home & Hospice Care
Rick Madden, Family Physician
Rodney McNease, UNMH
Travis Renville, NDC
Nancy Rodriguez, NM Alliance of School-Based Health Care
Laurence Shandler, Pediatrician
Dale Tinker, NM Pharmacists Association
Vicente Vargas, NM Health Care Association

Brian Blalock, NM CYFD
Troy Clark, NM Hospital Association
Eileen Goode, NM Primary Care Association
Katrina Hotrum-Lopez, NM ALTSD
Sharon Huerta, BCBSNM
Liz Lacouture, PHS
Ellen Leitzer, Senior Citizens Law Office
Carol Luna-Anderson, The Life Link
Sireesha Manne, NM Center on Law & Poverty
Carolyn Montoya, UNM College of Nursing
Sharon Finarelli, NM Alliance of Health Councils
Buffie Ann Saavedra, AARP
Latha Shankar, WSCC
Russ Toal, OSI
Anthony Yepa, Indian Pueblos Council

Miembros ausentes: Brian Blalock, NM CYFD
Buffie Ann Saavedra, AARP
Anthony Yepa, Indian Pueblos Council

Kathy Kunkel, NM DOH
Sylvia Barela, Santa Fe Recovery Center
Rodney McNease, UNMH

Personal y visitantes asistentes: Nicole Comeaux, State Medicaid Director
Elisa Moran-Walker, HSD/MAD Deputy Director
Valerie Tapia, MAD
Angelica Bruhnke, Versatile Med Analytics
Alan Shugart,
Andrew Tramel, FEI Systems
Bryce Pittenger, HSD
Christopher Cameron, WSCC
Dan Lanari
Devi Gajapathi, MAD
Donna Lopez, MAD
Ellen Pinnes,
Jake Nissle, AmeriHealth Caritas

Megan Pfeffer, HSD/MAD Deputy Director
Lorelei Kellogg, HSD/MAD Deputy Director
Carmen Juarez, MAD
Annabelle Martinez, MAD
Alex Castillo Smith, HSD
Shelly Begay, HSD
Carlos Ulibarri, MAD
Colin Baillio, OSI
Daniel Burke, DOH
Deluvina Martinez, HSD
Doug Wood,
Erica Archuleta, MAD
Jane Wishner,

Linda Gonzales, HSD/MAD Deputy Director
Abuko Estrada, MAD
Adrienne Smith,
Aja Sanzone,
Alicia Bernal, MAD
Bill Jordan, NM Voices
Charles Canada, MAD
Cynthia Romero, HSD
Dauna Howerton, BHSD
Derek Lin,
Elizabeth Reed,
Erin Colgan, AmeriHealth Caritas
Jeff Dye,

Jennifer Vigil, MAD
 Joe Germain, Bio Gen
 Karen Wiley, NMDVR
 Kathy Slater-Huff, MAD
 Marilyn Bennett, New Vistas
 Loretta Cordova, HSD
 Nat Dean, Disability Advocacy
 Nicolas Cordova, NM Poverty Law
 Quinn Lopez, WSCC
 Sahar Hassanin,
 Tallie Tolen, MAD
 Theresa Belanger, MAD
 Wanicha Burapa, MAD

Jenny Felmley, HSD
 Julie Lovato, MAD
 Karen Squarrell Shablin, FE I Systems
 Katrina,
 Maria Kniskern, MAD
 Martha Payne, MAD
 Neal Bowen, BHSD
 Pamela Blackwell, NM Hospital Assoc.
 Roy Jeffus,
 Shane Shariff, MAD
 Tammy Soveranez, HSD
 Tiffany Wynn, HSD
 Wendy Basgall,

Jim Jackson, DRNM
 Julie Weinberg,
 Kathy Leyba, MAD
 Kendra Garcia, New Vistas
 Mike Nelson, Tri Core
 Michael McGrory, X Ray NM
 David Nater,
 Pei Huang, MAD
 Scott Allocco, Sellers Dorsey
 Susie Kimble, BHPC
 Luisiana Tegan,
 Wade Carlson, CYFD

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
1. Protocolos de reunión	<p>La directora Nicole Comeaux presentó una descripción general de la reunión protocolo</p> <p>Todo el mundo debería estar acostumbrándose a las diferentes plataformas en este momento. Algunos recordatorios amistosos durante la reunión de hoy: por favor, silencie los micrófonos cuando no hable, actualice su nombre y dirección de correo electrónico en asistentes, los miembros del comité pueden hacer preguntas durante la presentación, la función de chat estará abierta para los comentarios del público durante toda la presentación, junto con un período abierto al final para que otros hablen y brinden sus comentarios públicos, presentadores, recuerden indicar cuándo hacer las diapositivas de transición, y esta reunión se está grabando y estará disponible para el público en una fecha posterior.</p>	Ninguna	Nicole Comeaux, Director, Medical Assistance Division, Human Services Department	Terminado
2. Presentaciones	<p>Larry Martinez convocó la reunión y dirigió las presentaciones</p> <p>El presidente Martínez presentó a un nuevo miembro del comité, Troy Clark de la Asociación de Hospitales de NM. La gerente de operaciones comerciales de MAD, Valerie Tapia, llevó lista a todos los miembros del comité.</p>	Ninguna	Larry Martinez, Presidente de MAC	Terminado
3. Aprobación de la Agenda	La agenda de esta reunión fue aprobada por todos los miembros del comité que asistieron, sin cambios recomendados.	Ninguna	Larry Martinez, Presidente de MAC	Terminado
4. Aprobación de los Minutos	El comité aprobó el acta de la reunión del 3 de agosto de 2020.	Las actas finalizadas se publicarán en el sitio web del HSD.	HSD/MAD Director's office	Terminado

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
<p>5. Actualización de la Directora MAD</p>	<p>La directora Nicole Comeaux presentó la Actualización del Director de la División de Asistencia Médica (MAD)</p> <p>Para la Actualización del Director de hoy, quiero hablarles sobre algunas actualizaciones generales de los esfuerzos de ayuda de COVID-19 y los cambios en la guía federal basada en COVID-19. También habrá otras actualizaciones sobre las actividades de MAD, que aún están en curso.</p> <p>Cronograma actual de extensión de los porcentajes de asistencia médica federal (FMAP) del 6.2%: La Ley de Respuesta de Familias Primero al Coronavirus (FFCR) nos proporcionó un FMAP adicional del 6.2 por ciento. Estamos sujetos a un requisito de Mantenimiento del Esfuerzo (MOE) para poder seguir recibiendo la asignación adicional, y esta asignación está vinculada a la Declaración de Emergencia de Salud Pública. Las declaraciones vienen en incrementos de 90 días, a menos que el Secretario de Salud y Servicios Humanos a nivel federal, determine antes de ese período de 90 días, la declaración debe ser cancelada. El 2 de octubre de 2020, la declaración se renovó por 90 días adicionales hasta el 21 de enero de 2021. Esto significa que recibimos una cuarta parte adicional del FMAP mejorado del 6.2 por ciento. Esto se desarrollará más en la sección de presupuesto para que podamos entender lo que esto significa en dólares.</p> <p>Esfuerzos recientes de respuesta al COVID-19: Ha habido amplias actividades de exención y modificación del plan estatal (SPA) desde el comienzo de la emergencia de salud pública (PHE). Desde la última vez que nos reunimos, hemos tenido dos exenciones 1135 aprobadas adicionales, cuatro exenciones más aprobadas del Apéndice K y una pendiente, aunque es posible que haya sido aprobada. Ha habido cinco SPA para desastres aprobados y un SPA regular. Tenemos dos SPA para desastres y seis SPA regulares pendientes. Todo esto también se publica en el sitio web, que brinda detalles para qué es cada exención y SPA.</p> <p>Actividades de exención de Medicaid: Una actividad que no pertenece a COVID sobre la que queríamos actualizar es la enmienda de exención de discapacidades del desarrollo (DD) que se aprobó a partir del 1 de octubre de 2020. La exención de Mi Vía está operando actualmente bajo una extensión de 90 días hasta 29 de diciembre de 2020. La enmienda de la exención por frágiles médicos se aprobó a partir del 1 de julio de 2020. La exención de apoyos ha tenido seis solicitantes que tienen un nivel de atención aprobado; uno tiene una Cobertura de Elegibilidad (COE) aprobada y está trabajando en un plan de servicio y un presupuesto. El Departamento de Salud (DOH) tiene la intención de enviar 500 ofertas</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Nicole Comeaux, Director, Medical Assistance Division, Human Services Department</p>	<p>Terminado</p>

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>adicionales en octubre y noviembre. Finalmente, hemos completado estudios de momentos aleatorios con agencias hermanas para contratar adquisiciones y adjudicamos el contrato a Fairbanks, LLC. Esto es realmente fundamental para nosotros a nivel estatal porque nos permite seguir colaborando con todas nuestras agencias hermanas y les permite reclamar y retirar fondos de Medicaid para las cosas que están haciendo en las que prestan servicios principalmente a los miembros de Medicaid.</p> <p>Aumentos en las tarifas de los proveedores de Medicaid: Seguimos escuchando a los proveedores de todos los sectores de servicios que la utilización aún está baja y que los costos siguen siendo más altos que antes o continúan aumentando. Al principio, cuando sabíamos que teníamos el trimestre inicial de FMAP mejorado, hicimos esfuerzos para implementar estos aumentos en las tarifas de los proveedores. Estamos casi al final de implementarlos, y hay un nuevo aumento que el Gobernador y el Secretario nos han pedido que consideremos. Solo para brindarle una actualización, para abordar lo que sabíamos que sería una disminución en los ingresos del hospital, seguida de un aumento potencial con sobrecargas, implementamos un aumento del 50 por ciento en las visitas a las unidades de cuidados intensivos (UCI) a las instalaciones, que son proveedores de Diagnosis Related Group (DRG). Ese aumento se ha pagado y habrá otro ajuste después de que se acabe este último trimestre. Ese aumento fue del trimestre de marzo a junio, y de un trimestre adicional hasta octubre. La mayoría de estos, excepto el aumento hospitalario, fueron del trimestre de marzo a junio de 2020. Hay un aumento del 12.4 por ciento en todas las demás hospitalizaciones para los proveedores de DRG. Hay un aumento del 12.4 por ciento en todas las demás estancias hospitalarias para los no proveedores de DRG. Esto se paga del lado de tarifa por servicio (FFS) y la Carta de dirección (LOD) se acaba de publicar, por lo que si las Organizaciones de atención administrada (MCO) aún no han comenzado a realizar esos pagos, los harán en cualquier momento. ahora. Hay un aumento del 30 por ciento en las instalaciones de enfermería (NF) para los pacientes con COVID positivo. FFS ha comenzado a pagar esto y está casi completo. En el lado de la atención administrada, nuestro actuario está investigando algunos datos que envié la MCO, y esperamos finalizarlos y ajustar los pagos en las próximas dos semanas. Hay un aumento del cinco por ciento en las instalaciones de vida asistida, que se han pagado en el lado de FFS y Managed Care. Hay un aumento del cinco por ciento para los proveedores de PACE y se ha pagado en el lado de FFS. Hemos implementado un pago adicional de \$1 a las farmacias para la recogida en la acera y en el vehículo. Estamos a la espera de la aprobación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para este SPA que se ha enviado, pero en este momento no hay aprobación. Hay un aumento de tarifas para</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>los códigos de evaluación y administración (E&M) y los códigos que no son de E&M con un mínimo del 6.81 por ciento y que no debe exceder el 98 por ciento de Medicare. El objetivo aquí es aumentar todos los códigos al 98 por ciento de Medicare. Cuando aplicamos esto a los códigos, ese aumento en promedio fue de aproximadamente 6.81 por ciento. Entonces tomamos ese porcentaje y dijimos que donde no tengamos una referencia de Medicare, aumentaremos todos los demás códigos en ese mismo porcentaje. También estamos esperando la aprobación de SPA de CMS en este caso. En relación con esta aprobación hay un aumento del 11.5 por ciento para los proveedores de transporte médico que no son de emergencia. Parte de ese aumento provendrá del aumento del código y el resto será un pago de ajuste sin riesgo separado. El último aumento no está relacionado con COVID, pero está relacionado con la legislatura y alguna actividad en la sesión pasada, y se ha vuelto crítico a la luz de nuestro entorno hospitalario que está alcanzando su capacidad en todo el estado, hay un aumento en las tarifas de ambulancia aérea para llevarlos hasta el 75 por ciento de Medicare, que entrará en vigencia el 15 de noviembre de 2020.</p> <p>Otras actividades: HSD publicó un cuadro de mando en línea. El enlace del cuadro de mando se proporciona en las diapositivas. Hemos delineado un conjunto de metas asociadas con nuestra misión. Nuestra misión es transformar vidas, trabajando con nuestros socios, diseñamos y entregamos servicios humanos y de salud innovadores, de alta calidad que mejoran la seguridad y promueven la independencia de los Nuevos Mexicanos en las comunidades. Hay cuatro objetivos diferentes con diferentes conjuntos de datos junto con gráficos interesantes que estamos rastreando de forma continua. Además, CMS acaba de publicar su tarjeta de puntuación de Medicaid para todos los Medicaid en todo el país. Esta es una herramienta increíble para que podamos decidir e involucrarnos en la planificación estratégica y continuar haciendo avanzar el programa. Hubo una actualización sobre la guía de Hepatitis C que se publicó en 2020. Por lo tanto, estamos revisando los siguientes formularios y plantillas; El formulario de Lista de verificación uniforme / Autorización previa (PA) se ha revisado y debe simplificarse para permitir los resultados de laboratorio de fechas más largas en el pasado y también debe adaptarse a los miembros y proveedores durante las emergencias de COVID; además, estamos actualizando el MCO Trimestral Hep C Plantilla de informe de tratamiento, que también se está simplificando para que las MCO puedan informar la evaluación de la cirrosis hepática utilizando la información del nuevo formulario de PA y se modificará para capturar el número de miembros únicos que reciben tratamientos en cada trimestre y desglosado por varios tipos de miembros.</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>Finalmente, una breve actualización sobre los esfuerzos de la campaña, MAD ha estado trabajando en la campaña estatal de vacuna contra la gripe con nuestros socios estatales, así como en la campaña de inmunización infantil, "Llame, no cancele". Queremos agradecer a todos los proveedores que han realizado grandes esfuerzos para que los padres se sientan seguros.</p> <p>Nueva guía CMS COVID-19</p> <p>Revisiones adicionales de políticas y normativas en respuesta al PHE de COVID-19: El 28 de octubre de 2020, CMS emitió su cuarta regla final provisional COVID-19 (IFC). Fue emitido conjuntamente por CMS, el Departamento de Trabajo y el Servicio de Impuestos Internos (IRS) y aborda una variedad de temas relacionados con COVID.</p> <p>Descripción general de la CFI: Hay cuatro categorías amplias, por lo que la regla aborda las vacunas COVID y cómo los estados deben implementar políticas de cobertura para las vacunas y su administración para los beneficiarios de Medicare, Medicaid y CHIP y hablar sobre la cobertura privada en algún grado. La siguiente área que cubren es cómo se estructurarán las políticas de pago de Medicare para los tratamientos de autorización COVID-19. La cobertura que Medicare pone en marcha tendrá una excelente manera de cómo HSD decide cubrir esos tratamientos también. La tercera categoría es la transparencia de precios, que requiere que los proveedores muestren públicamente el precio en efectivo de las pruebas de diagnóstico de COVID-19. Por último, el cuarto son las disposiciones adicionales; La cobertura de los servicios preventivos de COVID-19, y uno que es fundamental para nosotros, son los cambios en las reglas en los estados que reciben aumentos en el FMAP y lo que CMS está interpretando que significa el requisito del MOE en este momento.</p> <p>Final Interino 42 C.F.R. 433.400: La nueva "Interpretación combinada de la Sección 6008 (B) (3)": Ciertamente, hay mucho en la regla final provisional, y solo vamos a detallar las porciones de Medicaid y Medicare que nos afectan. La FFCRA estableció este requisito del MOE para que recibamos el FMAP del 6.2 por ciento. Según el Ministerio de Educación, tenemos que mantener los estándares, metodologías o procedimientos de elegibilidad, también tenemos que cubrir las pruebas y el tratamiento de COVID sin costos compartidos, incluidas las vacunas, los equipos especializados y las terapias. Desde la interpretación compensada de los CMS, los estados de todo el condado han expresado su preocupación por la forma en que CMS ha implementado esa guía. Han prohibido a los estados cambiar los paquetes de beneficios en los que se</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>inscribieron las personas a partir del 18 de marzo de 2020, incluso si sus circunstancias cambiaron. Esto no significa que solo aquellas circunstancias que harían que alguien no fuera elegible, sino que también nos han prohibido mover miembros a través de las categorías de elegibilidad. Actualmente, no tenemos ningún plan sobre cómo cambiamos la forma en que estructuramos los paquetes de beneficios. Queremos ver la opción de cambiar a los miembros entre las categorías de elegibilidad si eso significa que todavía tienen cobertura disponible para ellos durante este PHE. Los otros problemas que esto ha planteado es que esto crea una gran acumulación de redeterminaciones para los estados después de que finaliza el PHE. Tanto los estados como NM han afirmado que la única opción que tienen los estados es reducir las tarifas de los proveedores, lo que debilitaría las ya frágiles redes de proveedores. Los estados ahora pueden mover a un afiliado entre paquetes de beneficios si ese paquete cumple con ciertos criterios. Hay tres nuevos niveles que describen en esta regla. El otro cambio es que podemos hacer “cambios programáticos” como cambiar los criterios de necesidad médica o los procedimientos de control de utilización para determinar la cobertura de los beneficios. Esto también puede eliminar los beneficios opcionales, que no estaban permitidos en su interpretación anterior. Ahora también se permite un aumento en las responsabilidades de costos compartidos, si no están relacionados con la cobertura de las pruebas y el tratamiento para COVID-19. No es nuestra intención cambiar la estructura de beneficios o las prácticas de inscripción actualmente.</p> <p>IFC: Cobertura de Medicare de las vacunas COVID-19: Esta diapositiva hace referencia a la cobertura de Medicare de las vacunas COVID-19 a un nivel realmente alto de la regla. CMS nunca ha cubierto vacunas autorizadas bajo la Autorización de Uso de Emergencia (EUA), pero se establece en la regla que creen que esto es apropiado para extender la cobertura a las vacunas COVID-19 por razones obvias. En particular, la naturaleza de alto riesgo de la población de Medicare. CMS tiene la intención de reembolsar las vacunas COVID-19 al 95 por ciento del precio promedio de venta al por mayor. CMS establecerá un código de administración único para cada vacuna COVID-19 tan pronto como reciba la aprobación. Si la cobertura de una vacuna COVID-19 genera costos significativos durante los años contractuales de 2020 y 2021, la cobertura de las vacunas se proporcionará a través de Medicare FFS hasta que los pagos por capitación tengan un costo significativo en el desarrollo de tarifas adecuadas para aquellos.</p> <p>IFC: Cobertura de la vacuna COVID-19 para beneficiarios de Medicaid, CHIP y BHP durante PHE: Para continuar recibiendo el 6.2 por ciento de FMAP, NM debe cubrir la vacuna. Durante la duración del PHE podremos cubrir a todas las</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>personas en el programa. Sin embargo, Medicaid no está obligado a cubrir las pruebas y el tratamiento de COVID para categorías de beneficios limitadas.</p> <p>El portal COVID-19 de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) cubrirá el costo de la vacuna y los costos de reembolso de la vacuna para estas personas. La regla indicó que hay una opción para que los estados presenten un SPA, también un 1115, dependiendo de qué categoría de beneficio limitado queramos cubrir, para asegurarnos de cubrir esos costos a través de Medicaid. Después de que termine el PHE, continuaremos cubriendo la vacuna para todos los niños menores de 21 años inscritos en Medicaid que reúnan los requisitos para la detección, el diagnóstico y el tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT), los niños inscritos o no asegurados en Medicaid o los niños indígenas administrada por un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC) o bajo el programa Vacunas para Niños (VFC), si los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) determinan que se incluirá. También se cubriría la población cubierta por los planes de beneficios alternativos, incluida la población en expansión de adultos de Medicaid. Sin embargo, el resto de nuestra población estaría enviando un SPA para asegurarnos de que podamos cubrir los costos de administración de la vacuna después de que finalice el PHE.</p> <p>IFC: Transparencia de precios para las pruebas de diagnóstico COVID-19: CMS exige a los proveedores de pruebas de diagnóstico que publiquen en Internet los precios en efectivo de dicha prueba. Los enlaces a la hoja informativa de IFC y la regla se encuentran en la presentación de diapositivas.</p>			
6. Proyecciones presupuestarias de Medicaid	<p>La subdirectora, Elisa Walker-Moran, presentó las proyecciones presupuestarias de Medicaid</p> <p>Resumen del presupuesto para los años fiscal 20, 21 y 22: Impacto del Fondo General del 6.2% de Aumento de FMAP: El presupuesto proporciona actualizaciones sobre una proyección trimestral del economista de MAD.</p> <p>Impacto del Fondo General (GF) del 6.2% Aumento de FMAP: Se habló ampliamente del aumento de 6.2 por ciento de FMAP. Para el año fiscal (AF) 20, recibimos un poco más de \$138 millones, lo que redujo nuestra necesidad de GF. A partir de ahora, ese 6.2 por ciento está en vigencia durante el PHE que comenzó en enero de 2020 hasta marzo de 2021. Recibimos el 6.2 por ciento para el trimestre completo en el que el PHE está en vigencia. Para el año fiscal 20, nos beneficiamos con \$138 millones, y debido a que tenemos tres cuartas partes del 6.2 por ciento, nuestra proyección es que nuestra</p>	Ninguna	Elisa Walker-Moran, Deputy Director, Medical Assistance Division, Human Services Department	Terminado

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>necesidad de GF disminuirá en \$217 millones, en el año fiscal 21, una vez que se realicen los gastos.</p> <p>Actualización del presupuesto de Medicaid: Gastos: Esta es una descripción general de los gastos, y hay un archivo adjunto en PDF que es muy detallado, proyecciones de artículos de línea por programa, que se incluyó en la invitación y estará disponible en nuestro sitio web. La proyección actual del presupuesto trimestral se actualiza con datos hasta septiembre de 2020. En la proyección actual, esperamos tener \$6,600 millones en gastos para el año fiscal 2020. Esta es una ligera disminución de \$33 millones con respecto a la última proyección. Para el año fiscal 21, estamos un poco más de \$7.3B o un aumento de \$23M con respecto a la proyección anterior. Para el año fiscal 22, esperamos alrededor de \$7.2B en gastos o una disminución de \$72M con respecto a la proyección anterior. Algunas de las cosas que impulsan esta proyección son los cambios en las inscripciones, estamos creciendo más rápido de lo que pensábamos anteriormente.</p> <p>Actualización del presupuesto de Medicaid: Ingresos: Esta es la descripción general de los ingresos, recibimos transferencias de otras agencias, otras fuentes de ingresos, así como ingresos federales. Nuestro superávit de ingresos estatales de GF es de aproximadamente \$66 millones en el año fiscal 20, después de la necesidad de GF de \$953 millones. Ya hemos revertido parte de ese dinero al estado, lo que nos deja con un superávit menor de \$14 millones. Para el año fiscal 21, hay un déficit de proyección de \$21 millones, que es un cambio de alrededor de \$50 millones. Para el año fiscal 22, después de una necesidad GF de más de \$1.1B, proyectamos tener un déficit de casi \$162M.</p> <p>Proyección de inscripción: Inscripción de Medicaid en contexto: Como se mencionó anteriormente, para septiembre, ya teníamos 891,000 personas inscritas. Para octubre, proyectamos que llegaremos a 896,000, que es aproximadamente el 43 por ciento de la población del estado, que es aproximadamente 2.1 millones. Para marzo de 2021, esperamos llegar a 917,000 personas. El Ministerio de Educación vence el 1 de abril de 2021, por lo que en ese momento podemos comenzar a permitir que las personas abandonen de forma natural o una bajada de 90 días de esas personas. Cuando comencemos a eliminar a esas personas, para junio de 2021, esperamos disminuir a 875,000 personas. Durante este tiempo, tenemos aproximadamente 60,000 personas inscritas, debido a los requisitos de elegibilidad del Ministerio de Educación y las condiciones económicas. No asumimos que todas estas personas no sean elegibles. Algunos de ellos seguirán siendo elegibles después de que expire el MOE. Para cuando lleguemos a marzo de 2021, creemos que tendremos casi 84,000</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>personas inscritas debido a los requisitos del Ministerio de Educación. Esto es lo que está integrado en la proyección presupuestaria.</p> <p>Cambios en la inscripción a Medicaid: Lo que está integrado en nuestras proyecciones de inscripción es COVID-19, los requisitos del MOE, las perspectivas económicas actuales y las políticas de estímulo. Además, el PHE influye en las decisiones de las escuelas y las personas sobre la escolarización. Hay una mayor aceptación de las pérdidas en los seguros de salud basados en el empleador. Los factores mencionados están provocando un aumento de nuestro empleo.</p> <p>Inscripción en Medicaid de Nuevo México: Esta es nuestra proyección de inscripción general. Incluye la población en expansión de adultos, la población adulta tradicional y nuestros niños de Medicaid. La proyección es que el mes actual es hasta septiembre, y seguimos creciendo durante ese tiempo. Luego, a partir del 1 de abril de 2021, cuando expire el MOE, algunas de esas personas dejarán de hacerlo.</p> <p>Proyección de inscripción en Medicaid de NM para el año fiscal 2020: El cambio de mes a mes, en abril, es realmente cuando la inscripción comenzó a crecer, como comenzó el PHE. En abril, tuvimos un aumento de 11,000 en un mes. Comenzó a bajar un poco, pero todavía teníamos cambios de mes a mes. En mayo había más de 9,000 personas y en junio había poco más de 7,000 personas. Seguimos viendo ese crecimiento mes tras mes y esta información está incorporada en la proyección.</p> <p>Proyección de inscripción en Medicaid de NM para el año fiscal 21: Para marzo de 2021, esperamos un aumento del 2.7 por ciento a partir de octubre de 2020. El aumento mes a mes continúa desacelerándose, luego, en abril de 2021, hay 14,000 personas que abandonan, en mayo de 2021, hay 13,900 disminuciones de personas y en junio de 2021, hay 13,800 personas que dejarán de trabajar durante 90 días cuando expire el MOE.</p> <p>Proyección de inscripción en Medicaid de NM para el año fiscal 22: Enviamos la solicitud de presupuesto para el año fiscal 22 y no hay cambios con respecto a la anterior porque no se publicó públicamente y solo se creó para la solicitud de presupuesto. Como puede ver, anticipamos que la economía comienza a recuperarse lentamente, perderemos individuos. No veremos un cambio significativo porque</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>esperamos que muchas de estas personas sigan siendo elegibles durante un período prolongado.</p> <p>Inscripción de atención administrada de Medicaid de NM para el año fiscal 2020: Esta es la inscripción de atención administrada y puede ver que tuvimos un cambio mayor en la atención administrada al comienzo del PHE. Lo que hemos visto es un cambio de algunas de las personas que tenían un beneficio parcial y ahora están en pleno beneficio y se han trasladado a la atención administrada, y nuevas personas que antes no estaban en Medicaid. Aquellos constituyen una parte del cambio de mes a mes en los 12,000 individuos. Una de las poblaciones a las que el PHE no ha impactado son los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). La población de Salud Física (PH) y la Expansión de Medicaid son las que han visto más cambios durante esta PHE.</p> <p>Inscripción de atención administrada de Medicaid de NM para el año fiscal 21: La población de PH aquí puede ver que hay algunos cambios con respecto a las proyecciones anteriores. La población de expansión sigue creciendo, pero no tan rápido como anticipamos, y la población de HP (niños y padres cuidadores) está creciendo un poco más rápido de lo que anticipamos anteriormente. Hemos hecho algunos ajustes a nuestras proyecciones de inscripción ahora que tenemos más datos. Los números de abril, mayo y junio mes a mes son nuevamente, una parte de las 84,000 personas que esperamos dejar a medida que expiren los requisitos del Ministerio de Educación.</p> <p>Inscripción de atención administrada de Medicaid de NM FY22: En la población de Managed Care, hay un crecimiento constante con un pequeño declive a medida que la economía mejora nuevamente.</p> <p>Inscripción para nativos americanos de Medicaid de NM: Hemos incluido esta diapositiva para mostrarle lo que ha sucedido con la inscripción de nativos americanos durante este período de tiempo. La inscripción ha crecido durante este PHE. La población de todos los beneficios crece mes tras mes, la ECF parcial está creciendo, pero no tan rápido como el beneficio total. La población de atención administrada también está creciendo a un ritmo mucho más rápido. La población nativa americana es aproximadamente el 15 por ciento de nuestra matrícula total.</p> <p>Evolución de la proyección de matrículas: Esta es una instantánea de nuestra inscripción. La proyección que teníamos en diciembre, antes de la pandemia de COVID-19, estaba creciendo a un ritmo constante. En diciembre, habíamos proyectado hasta el año fiscal 21 y, a modo de comparación, hay una línea de</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>tendencia de cómo se habría visto diciembre si hubiéramos incluido el año fiscal 22. Había una proyección de llegar a 846,000 personas para marzo de 2021. Ahora estamos proyectando un crecimiento significativo a 917,000 personas, y actualmente estamos en 891,000 personas. Nuestra proyección actual asume la ley actual MOE que vence el 1 de abril de 2021, por lo que tenemos esa disminución y se mantiene constante durante el año fiscal 22. El escenario alternativo, que es la línea discontinua sombreada en el gráfico, asume lo que sucedería si el MOE se extendiera otro trimestre y recibiéramos el 6.2 por ciento para ese trimestre adicional. En ese caso, la inscripción continuaría creciendo y, por supuesto, esas personas no continuarían disminuyendo. Cada trimestre que se extiende el 6.2 por ciento, recibimos entre \$60 millones y \$80 millones en GF.</p> <p>Evolución de la proyección de matrículas: Este gráfico es la proyección en el tiempo. La línea oscura continua es la proyección de diciembre de 2019, la línea discontinua es la proyección de marzo de 2020, la línea delineada es la proyección de junio de 2020 y finalmente la línea punteada actual es la proyección de septiembre de 2020. Debemos asegurarnos de que todos sepan que lo que incluimos en la proyección es nuestro plan actual. CMS ha indicado que tienen la intención de emitir una guía que describirá cómo se requerirá que el estado cancele la inscripción de la persona que mantuvo debido al Ministerio de MOE.</p> <p>Proyección FY2020: Proyección presupuestaria de Medicaid Gastos para el año fiscal 2020: El hospital para pacientes hospitalizados se revisa a la baja en \$2 millones. La estimación del aumento temporal de la tasa se revisa a la baja en \$1.3M con la exclusión de reclamaciones atípicas; una menor utilización representa otros \$0.7 millones. El examen médico indirecto (IME) se revisó a la baja en \$14 millones. El pago para el cuarto trimestre es \$5.4M menos de lo estimado previamente basado en datos preliminares de descarga; la estimación de conciliación se revisa a la baja en \$5.3 millones del diez al seis por ciento de los cuatro pagos de IME trimestrales con base en los resultados de conciliación históricos más recientes; y el pago de IME para los hospitales de expansión de IME adicionales se revisa a la baja en un seis por ciento. Los servicios médicos se revisan a la baja en \$1 millón debido a una brecha más estrecha en el límite superior de pago (UPL) entre lo que paga Medicaid y la tarifa comercial promedio después del cambio de tarifa. Para un cambio total de FFS de casi \$20 millones de anticipo. Las exenciones basadas en el hogar y la comunidad (HCB) se revisaron a la baja en \$5.2 millones. Esta revisión incluyó una disminución de \$1.3M debido a un retraso en el aumento de la tarifa de marzo a julio de 2020, una disminución de \$1.3M debido a un impacto estimado</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>menor del aumento de la tarifa para la vida de apoyo, una disminución de \$0.6M por cambiar el presupuesto de modificación ambiental no utilizado (EMOD) para el año fiscal 21, y disminución de \$1.9 millones debido a una menor utilización en la exención tradicional de DD. No hay muchos cambios en las líneas de atención administrada. En general, un cambio de \$2.3 millones, la mayor parte se debe a un ligero cambio en Por miembro por mes (PMPM). Cuál es el costo promedio de PMPM para PH, LTSS y la línea BH. La tecnología de la información de salud (HIT) se revisó a la baja en \$5.7 millones debido a gastos más bajos de lo proyectado anteriormente y este presupuesto se ha trasladado al año fiscal 21. Este programa está financiado en un 100 por ciento con fondos federales, por lo que no tiene ningún impacto en la necesidad de fondos generales.</p> <p>Proyección presupuestaria de Medicaid Ingresos para el año fiscal 2020: El DOH también ha revertido el dinero para el año fiscal 2020, por lo que revisaron \$7 millones, que DOH tiene un superávit de \$9 millones. La UNM IGT tiene una transferencia intergubernamental, para la Educación Médica de Posgrado (GME) / Educación Médica Indirecta (IME) y otros gastos. Debido a la disminución del cuarto trimestre, esa transferencia también ha disminuido en consecuencia. La estimación también incluye el impacto del aumento del 6.2 por ciento en el FMAP hasta marzo de 2021. Los Fondos para centros de atención médica y de atención médica para discapacitados se revisaron a la baja para que tengamos la recaudación final del año fiscal 2020. Estos totales ya no son proyecciones y reflejan las recaudaciones reales. Tenemos una necesidad de GF de poco más de \$953 millones, que es una disminución de los \$5.1 millones de la proyección anterior. Esto nos deja con un superávit de \$14 millones, después de que ya revertimos \$52.5 millones.</p> <p>Proyección FY2021: Proyección presupuestaria de Medicaid Gastos para el año fiscal 21: Para el DSH / GME / IME, ahora tenemos una cuarta parte de los gastos reales y también estamos viendo reducciones en los gastos en esa línea en el primer trimestre. Hemos ajustado el porcentaje de conciliación de fin de año y hemos aumentado el GME para tener 36 equivalentes a tiempo completo (FTE). Para PH ajustamos la brecha UPL hacia abajo en FY21. IHS Hospital se revisó a la baja en \$2.4 millones con respecto a la proyección anterior debido a una menor utilización durante el primer trimestre según los datos reales. Los servicios clínicos se revisaron a la baja en \$1.7 millones de la proyección anterior debido a una menor utilización en gran parte debido al cierre continuo de escuelas y la sustitución del aprendizaje basado en la web frente al aprendizaje en la escuela durante el primer trimestre del año fiscal 21.</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>El BH FFS tuvo el efecto opuesto y aumentó \$1.2M con respecto a la proyección anterior debido a una mayor utilización en los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados y ambulatorios. En total, las FFS disminuyeron alrededor de \$13.2 millones en el año fiscal 21. El HCBW se revisó al alza en \$7.8 millones con respecto a la proyección anterior. La extensión del aumento de tarifas para procedimientos seleccionados hasta septiembre de 2020, un cambio en el presupuesto de EMOD para el año fiscal 20 que se contabilizará en el año fiscal 21, con una menor utilización en el año fiscal 21, lo que resultó en una reducción neta de \$0.1M. En la atención administrada hay un aumento en la proyección de alrededor de \$38 millones. En las diapositivas de inscripción, puede ver que gran parte del aumento tuvo que ver con la línea PH y la expansión de Medicaid. La mayoría de los cambios, los \$32.9 millones en PH se debieron a un aumento en los meses de miembros. Los PMPM no cambiaron mucho dentro de las poblaciones. LTSS disminuyó un poco debido a los individuos PMPM que estaban en una cohorte menos costosa. Las líneas BH se ven afectadas por las personas que están en PH y LTSS recibe un pago BH. La expansión de Medicaid BH también se ve afectada por la inscripción. La Parte B de Medicare está revisada al alza en aproximadamente \$2 millones. Tenemos la tarifa de la Parte B más reciente publicada por CMS. La Parte D fue revisada a la baja en \$5.3 millones y es 100 por ciento GF. La tasa se ve afectada por el FMAP del 6.2 por ciento. Con este FMAP nos beneficiamos con una tarifa más baja, lo que redujo nuestros costos. El recargo por calidad de la atención médica SB246 (HCQS) se ha revisado a la baja en \$2 millones. HSD puede utilizar parte del dinero de HCQS para fines administrativos. Hay algunos costos administrativos que apoyan este programa, que se ha transferido al presupuesto administrativo para apoyar esos esfuerzos. No hubo muchos cambios en los gastos relacionados con COVID-19. Moveremos algunos de esos gastos a medida que se incorporen a las tarifas reales, luego los trasladaremos a las líneas correspondientes. La proyección total aumentó en \$23 millones.</p> <p>Proyección presupuestaria de Medicaid Ingresos para el año fiscal 21: El UNM IGT se revisó a la baja en \$7.7 millones. Este fue un beneficio del FMAP del 6.2 por ciento. DOH tiene un superávit proyectado que también es del 6.2 por ciento del FMAP. Nuestra necesidad GF es de \$973 millones con un déficit de \$21.5 millones. Esto incluye el FMAP del 6.2 por ciento hasta marzo de 2021.</p> <p>Proyección FY2022: Proyección del presupuesto de Medicaid Gastos para el año fiscal 2022: La proyección del año fiscal 22 es una tendencia de datos históricos. Hay cuatro trimestres del año fiscal 20, un cuarto de los datos reales</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>para el año fiscal 21, por lo que estamos proyectando en base al histórico. El DSH / GME / IME se revisó a la baja y parte de eso proviene de la experiencia actual. Para la línea HAP / TAP / HQII, cambiamos esta proyección en \$12 millones, lo que no afecta el resultado final. La revisión de IHS ha disminuido debido a la tendencia y continuaremos monitoreando eso. BH ha aumentado en consecuencia debido a la mayor utilización en los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados y ambulatorios. La exención aumenta debido al plan del DOH de aumentar el límite para las exenciones tradicionales de MF. En las líneas de atención administrada, en general, la atención administrada se ha reducido en \$74 millones. Para PH, aumentamos con respecto a la proyección anterior debido a los cambios de inscripción que estamos viendo. Esperamos que parte de ese crecimiento continúe en el año fiscal 22. La población de expansión de Medicaid, redujimos ese crecimiento que estamos viendo. Gran parte de ese cambio se debe a la matrícula más baja y al Ministerio de Educación. Las tarifas de la Parte B publicadas por CMS tienen un costo más alto. El HIT se revisó con base en la proyección presupuestaria más reciente para ese esfuerzo.</p> <p>Proyección del presupuesto de Medicaid Ingresos para el año fiscal 2022: Uno de los cambios para el DOH es que su solicitud de asignación es de aproximadamente \$121 millones. Existe una necesidad porque la asignación que solicitaron no es suficiente para cubrir la cantidad de gastos que esperan. Esperan utilizar el saldo de fondos del año anterior para respaldar los gastos en el año fiscal 22. A partir de ahora, no tenemos una apropiación y usamos la apropiación del año fiscal 21. Desde la sesión especial, la asignación para el año fiscal 21 se redujo en un tres por ciento. El presupuesto operativo ajustado para el año fiscal 21 fue un poco más de \$1 billón. Para el año fiscal 22, tuvimos otro tres por ciento de reducción de \$30 millones, por lo que nuestra proyección de apropiación restante para el año fiscal 22 fue de \$996 millones. Proyectamos que nuestra necesidad GF supera los \$1.1 billones, lo que representa un déficit de \$161 millones.</p>			
7. Exención de demostración 1115	<p>La Directora Adjunta Lorelei Kellogg Presentada sobre la Enmienda 2 a la Exención de Demostración 1115</p> <p>Ampliación del tratamiento residencial para enfermedades mentales graves (SMI) / trastornos emocionales graves (SED): La primera parte de la exención 1115 que estamos ampliando tiene el propósito de SMI / SED en nuestras instalaciones. Actualmente, los SMI / SED están permitidos para el tratamiento hospitalario de individuos siempre que tengan una comorbilidad de un trastorno por uso de sustancias. Además, estas estancias están restringidas a 15 días. Si</p>	Ninguna	Lorelei Kellogg, Deputy Director, Medical Assistance Division, Human Services Department	Terminado

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>hay una persona de entre 16 y 64 años que no tiene un diagnóstico de EMI coexistente, no puede recibir estos servicios. La enmienda de la exención se introduce para aumentar la disponibilidad del servicio al permitir la admisión sin comorbilidad de SUD y extender los 15 días. Se espera que la estadía prolongada brinde suficiente apoyo de recuperación para disminuir el riesgo de admisión, pero también para permitir que las personas se reintegren a la comunidad. Esto no tiene la intención de llevar a una institucionalización a largo plazo para la mayoría de los miembros, sino de garantizar que el nivel de atención requerido para la reintegración en la comunidad esté permitido y no se limite a una estadía de dos semanas cuando sea necesaria una estadía más larga para mantener tanto el miembro como los cuidadores a salvo. Actualmente, Medicaid tiene que negociar acuerdos de servicios de casos específicos para las personas que cumplen con estos criterios, por lo que la enmienda de la exención tiene como objetivo eliminar esos acuerdos de servicios de casos específicos y permitirnos llegar a un grupo más grande de nuestra población.</p> <p>Bryce Pittenger de Behavioral Health presentó en High Fidelity Wraparound:</p> <p>High Fidelity Wraparound es para los niños y las familias en nuestro sistema con la carga más pesada que está involucrada con múltiples sistemas. El Departamento de Niños, Jóvenes y Familia (CYFD), con la ayuda de expertos nacionales, creó un entorno de alta fidelidad, que es la coordinación de cuidados intensivos, que es un enfoque, no un servicio. Entonces, si las personas satisfacen sus necesidades subrayadas, avanzan hacia la salud. La idea es utilizar las necesidades y fortalezas de niños y adolescentes (CANS), que son la evaluación de necesidades de niños y adolescentes, que es una herramienta métrica validada que CYFD ha estado utilizando internamente. Parte de este contrato es proporcionar servicios integrales de alta fidelidad a todos los niños elegibles para los servicios de protección y bienestar infantil. Sin embargo, estamos buscando a todos los niños en el estado de NM para que eventualmente puedan recibir High Fidelity Wraparound si son elegibles. Actualmente, hay ocho proveedores en diez condados que están prestando servicios y utilizando fondos, a veces se trata de impuestos por ingresos brutos en el área de Albuquerque, fondos federales y mucho sistema de atención.</p> <p>Cuanto mayor sea la fidelidad al Wraparound, más retorno obtendremos. Hay 3 herramientas de fidelidad que utilizamos y trabajamos con la Universidad de Seattle, la Universidad de Washington y la Universidad Estatal de Nuevo México, para asegurarnos de que estamos brindando un entorno de alta fidelidad posible. De los niños / jóvenes que completaron el Wraparound, el 76 por ciento fueron dados de alta a un entorno familiar, en comparación con el 46 por ciento de los que no lo completaron. El 70 por ciento de los niños / jóvenes que</p>		Bryce Pittenger, CEO of Behavioral Health Collaborative, Human Services Department	

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>completaron el Wraparound dijeron que su calidad de vida había mejorado mucho en comparación con el cuatro por ciento de los que no lo completaron. De los que completaron el Wraparound, el 16 por ciento de los niños fueron adoptados, en comparación con el cero por ciento en el grupo de control. Entonces, la idea es que el estado está considerando la exención 1115 para expandir la cobertura de alta fidelidad a los rincones del estado, a los niños y las familias que pueden beneficiarse. Una de las piezas del envoltorio de alta fidelidad es mantener a los niños fuera de sus hogares y fuera del estado.</p> <p>Alex Castillo-Smith de la Oficina del Secretario presentó sobre la expansión de Educación Médica de Posgrado en Atención Primaria (GME):</p> <p>HSD publicó un plan estratégico de cinco años relacionado con GME este enero. A través de una entrevista con las partes interesadas, determinamos que con el apoyo del estado y el apoyo de los legisladores, existe un entorno adecuado para la expansión de GME de atención primaria. Anticipamos que los programas crecerán un 63 por ciento en los próximos cinco años, y el número de residentes de atención primaria en formación crecerá un 105 por ciento. Cuantos más residentes podamos capacitar en NM, es más probable que se queden en NM y practiquen NM después de la residencia. El mapa que se muestra en esta diapositiva muestra dónde anticipamos que los programas se expandirán por especialidad. Algunas estadísticas relacionadas con la inversión en la expansión de los médicos de atención primaria se encuentran a la derecha del mapa. En relación con la Exención específicamente, solicitaremos algún apoyo de CMS para la financiación del programa de desarrollo de GME que proporcionamos a los programas.</p>		Alex Castillo-Smith, Office of the Secretary, HSD	
8. Comentarios Públicos	<p>El público tuvo los siguientes comentarios públicos:</p> <p>No hubo comentarios públicos.</p>	Ninguna		Terminado
9. Clausura	La reunión terminó a las 3:23 pm.	Consulte el sitio web del HSD para conocer las fechas de las próximas reuniones	Larry Martinez, Presidente de MAC	Terminado

Respetuosamente:

Alysia Beltran

12 de noviembre de 2020

Grabadora

Fecha