



Plan de salud Alliance

Manual Para el individuo y la familia

The logo for Alliance Health features a stylized green 'A' icon to the left of the word 'Alliance' in a bold, dark blue sans-serif font. Below 'Alliance', the word 'Health' is written in a smaller, green sans-serif font.



Oficina Central

5200 W. Paramount Parkway, Suite 200
Morrisville, NC 27560

Este manual se encuentra disponible en inglés y en formatos alternativos. Si necesita una versión en letra más grande o tiene capacidad de lectura limitada, llame a Alliance Health al 800-510-9132. La edición actual de este manual se encuentra disponible en el sitio web de Alliance, AllianceHealthPlan.org.

Si necesita información en español, llámenos al 800-510-9132.

Contenido:

- A dónde llamar cuando necesita ayuda
- Una lista de sus derechos y responsabilidades
- Cómo obtener servicios
- Cómo expresar una queja formal

Los servicios que se describen en este manual se encuentran disponibles únicamente para los residentes que reúnen los requisitos de los condados de Cumberland, Durham, Harnett, Johnston, Mecklenburg, Orange y Wake del estado de North Carolina.

Envíe sus comentarios y sugerencias por correo a la siguiente dirección:

Office of Community and Member Engagement
Alliance Health
5200 W. Paramount Parkway, Suite 200
Morrisville, NC 27560

Cómo comunicarse con Alliance

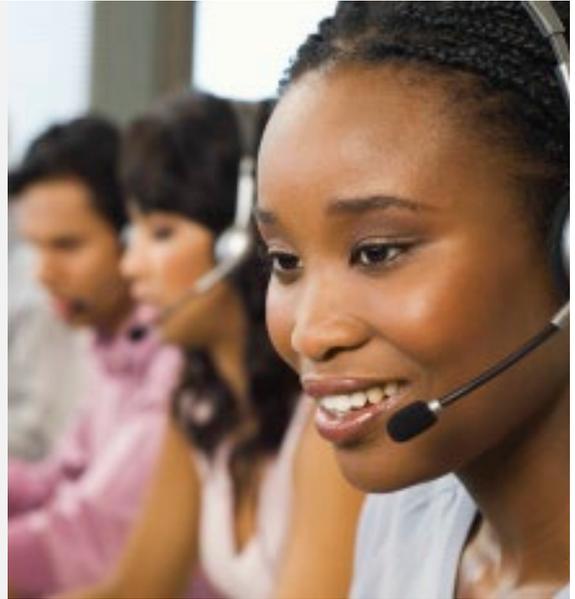
Servicios para Miembros y Destinatarios

800-510-9132

Lunes a sábado, de 6 a.m.-7 p.m.

Nuestros médicos y especialistas en acceso pueden hacer una selección telefónica y ofrecerle una referencia a los proveedores de servicios correspondientes que usted elija.

También pueden ayudar a las personas que estén afrontando crisis de salud conductual y ofrecer información sobre otros recursos disponibles en su comunidad.



Servicio de llamadas con mensajes: 711 u 800-735-2962

El servicio de llamadas con mensajes es el enlace confidencial y claro entre las personas con audición y las personas sordas, con discapacidad auditiva, ciego-sordas o con dificultades en el habla. El operador del servicio de llamadas con mensajes se comunica oralmente con los usuarios que pueden escuchar y escribe la conversación para los usuarios de teléfonos de texto.

El servicio de llamadas con mensajes está disponible en cualquier momento y cualquier lugar sin ningún costo extra. Puede comunicarse con el servicio de llamadas con mensajes marcando 711 o llamando a la línea gratuita al 800-735-2962. No hay restricciones sobre cuándo puede usar el servicio de llamadas con mensajes ni límites de tiempo sobre la duración de la llamada, pero es posible que haya una demora en la respuesta cuando el volumen de llamadas es alto. En este momento, se ofrece este servicio en español e inglés.

Si usted es miembro con audición o miembro sordo o con discapacidad auditiva, marque 711 o 800-735-2962 para comunicarse con un operador del servicio de llamadas con mensajes. Una vez que se comunique con el operador del servicio de llamadas con mensajes, dele el número y la extensión con los que intenta comunicarse, y este los marcará por usted. El operador del servicio de llamadas con mensajes le escribirá al usuario de TTY o hablará con un miembro con audición. Los operadores del servicio de llamadas con mensajes no forman parte de la conversación y no pueden emitir juicio sobre la conversación.

Ayuda en otros idiomas que no sean el inglés

El personal del Servicios para miembros y destinatarios puede comunicarse con un servicio de traducción de muchos idiomas diferentes. Este servicio es gratuito y se encuentra disponible para cualquier tipo de llamada. Es posible que deba esperar un momento para que comience la conferencia telefónica con el intérprete.

Ante una emergencia médica, marque 911.



Mensaje de Rob Robinson Director ejecutivo

A los miembros del Plan de salud Alliance:

Quiero darles la bienvenida al sistema de atención médica Alliance Health. Alliance es una organización de atención de salud conductual pública administrada que supervisa fondos para los servicios de atención de salud mental, discapacidades intelectuales/del desarrollo y uso/adicción de sustancias. Somos el plan de seguro médico para personas con Medicaid y personas no aseguradas o subaseguradas que reúnen los requisitos y viven en la región de Alliance. Esta región incluye los condados de Cumberland, Durham, Harnett, Johnston, Mecklenburg, Orange y Wake. Este manual ofrece información que lo ayudará a obtener la atención que usted o su familia necesitan.

Nuestro objetivo es ofrecer el mismo respeto y la misma atención de calidad que recibiría de un plan de seguro médico privado. Alliance no proporciona servicios. Somos responsables de administrar fondos públicos para la atención de los ciudadanos de la región de Alliance. Lo hacemos trabajando con proveedores de alta calidad para que presten los servicios que usted necesita y asegurándonos de que usted pueda elegir a los proveedores cuando sea posible. Tenemos altos estándares para los proveedores de nuestra red y trabajamos mucho para garantizar el cumplimiento de estos estándares.

Espero que nuestro sistema le resulte fácil de usar y que esté satisfecho con la calidad de los servicios que reciba. Sus comentarios, positivos o negativos, son bienvenidos. Enterarnos de cualquier problema que tenga nos ayuda a mejorar, y conocer sus experiencias positivas nos brinda información importante sobre el desempeño de los proveedores. Lo invitamos a llamar a nuestro servicios para miembros y destinatarios para compartir sus opiniones, inquietudes o informes de fraude, derroche o abuso.

Nos enorgullece ayudarlo a encontrar las soluciones que marcarán una diferencia en su vida y en la de sus seres queridos.

Rob Robinson, CEO

Mis contactos de atención médica personal

Use los siguientes espacios para escribir los nombres y los números de las personas que trabajan con usted en los servicios de atención de salud mental, uso de sustancias o discapacidades intelectuales/del desarrollo.

Nombre de mi proveedor de atención médica conductual	_____
Número de teléfono de mi proveedor de atención médica conductual	_____
Nombre del administrador de mi coordinador de atención de Alliance	_____
Número de teléfono del administrador de mi coordinador de atención de Alliance	_____
Línea de crisis de salud conductual de Alliance, gratuito y disponible las 24 horas, los 7 días de la semana	_____
Número de servicios móviles para crisis de mi país	_____
Nombre del hospital más cercano para necesidades médicas	_____

Use los siguientes espacios para escribir los nombres y números de otros contactos de atención médica importantes, como su médico, dentista u otro especialista médico.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Guarde este manual en un lugar donde pueda encontrarlo fácilmente para consultarlo posteriormente.

Índice

Sección 1: Bienvenido a Alliance..... 9

- ¿Qué es Alliance?9
- ¿Cómo se rige Alliance?9
- ¿Cómo puedo participar?.....9
- ¿Cuál es la postura de Alliance respecto de la discriminación?9

Sección 2: ¿Qué es la exención de Medicaid? 12

- ¿Qué es la exención 1915(b)/(c) de Medicaid? 12
 - Objetivos de la exención 1915(b)/(c) de Medicaid 12
 - Beneficios de la exención 1915(b)/(c) de Medicaid 12
 - Requisitos para Alliance conforme a la exención de Medicaid 12
- ¿Qué es la exención 1915(b)? 12
- ¿Qué es la exención Innovations 1915(c)? 12
- ¿Qué es el registro de necesidades no satisfechas? 12
- ¿Cómo sé si reúno los requisitos para recibir los servicios que ofrece el Plan de salud Alliance? 12
- ¿Qué sucede si tengo otro seguro que no sea Medicaid? 12

Sección 3: ¿Cómo accedo a la atención? 16

- ¿Cómo accedo a la atención? 16
- ¿Cuándo debo llamar a Alliance? 16
- ¿Qué sucede cuando llamo a Alliance? 16
- ¿Qué sucede si tengo una discapacidad auditiva? 16
- ¿De qué forma puedo recibir asistencia en idiomas que no sean el inglés? 16
- ¿De qué forma se evalúan mis necesidades? 16
- ¿Puedo recibir ayuda con el transporte para las citas? 16

Sección 4: ¿Cómo recibo ayuda en una crisis? 21

- ¿Cómo recibo ayuda en una crisis? 21
- ¿Qué es una crisis de salud conductual? 21
- ¿Debo llamar a mi proveedor si estoy en crisis? 21
- ¿Existen otras formas de recibir ayuda en una crisis? 21
- ¿Dónde se encuentran los centros de evaluación y crisis? 21
- ¿Cómo accedo a los servicios sin cita previa? 21
- ¿Qué son los equipos móviles para crisis? 21
- ¿Cómo accedo a los servicios móviles para crisis? 21

Sección 5: ¿Qué apoyo y servicios están disponibles?..... 25

- ¿Qué apoyo y servicios están disponibles?25
- ¿Soy elegible para recibir servicios de Medicaid?25
- ¿Hay limitaciones para la elegibilidad de Medicaid que debo conocer?25
- ¿Tendré que pagar un copago?.....25
- ¿Dónde obtengo una tarjeta de identificación de Medicaid?25
- ¿Qué sucede si tengo un seguro privado?25
- ¿Qué niveles de servicios están disponibles?25
 - Servicios de beneficios básicos25
 - Servicios de beneficios mejorados25
 - Servicios residenciales25
- ¿De qué forma puedo recibir atención para niños y adultos sin Medicaid?.....25
- ¿Soy elegible para recibir servicios que no son de Medicaid?25
- ¿Cómo me entero de cambios importantes en los programas y servicios?25
- ¿Qué es el EPSDT?.....25

Sección 6: ¿De qué forma Alliance coordinar/gestionar mi atención? 31

- ¿Qué es un sistema de atención?31
- ¿Qué es la coordinación de la atención/gestión de la atención?31
- ¿Qué son las poblaciones con necesidades especiales?.....31
- ¿Qué es la Transiciones a la Vida en la Comunidad (TCL)?31
- ¿Qué es un hogar de salud conductual?31
- ¿Qué es un plan centrado en la persona?31
- ¿Qué es un plan de apoyo individual?31

Sección 7: ¿De qué forma encuentro un proveedor para mi atención? 38

- ¿De qué forma elijo un proveedor?.....38
- ¿De qué forma cambio de proveedores?.....38
- ¿De qué forma Alliance garantiza servicios de calidad?38
- ¿Qué tipos de proveedores están disponibles en la red de Alliance?38
- ¿Dónde están ubicados los proveedores?.....38
- ¿Cómo pago mi atención?38
- ¿Qué es el Comité de Derechos Humanos?38
- ¿Qué es la competencia cultural?.....38

Sección 8: ¿De qué forma Alliance toma decisiones sobre mi atención?..... 43

- ¿Qué es una autorización previa?43
- ¿Cuánto tiempo le lleva a Alliance tomar una decisión sobre mi solicitud?.....43
- ¿Qué es la necesidad médica?.....43
- ¿Qué otras guías sigue Alliance?43
- ¿Qué es la revisión externa por expertos?43

- ¿Qué sucede si el servicio que necesito no está disponible?..... 43
- ¿Puedo solicitar un nuevo tratamiento o servicio? 43

Sección 9: ¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades? 49

- ¿Cuáles son mis derechos?..... 49
- Si soy menor de edad, ¿tengo algún derecho? 49
- ¿Cuáles son mis responsabilidades? 49
- ¿Puedo recomendar cambios en las políticas y los servicios de Alliance? 49
- ¿Cuáles son mis derechos en una instalación abierta las 24 horas o en un hogar para el cuidado de adultos? 49
- ¿Cuáles son mis derechos si tengo una IDD? 49
- ¿Qué son los derechos restringidos? 49
- ¿Qué hago si creo que se han infringido mis derechos? 49
- ¿Qué es el consentimiento informado? 49
- ¿Qué sucede si no puedo tomar una decisión sobre mi atención? 49
- ¿Pierdo mis derechos si tengo un tutor? 49
- ¿Puedo recuperar mi competencia? 49
- ¿Cuáles son mis derechos de privacidad? 49

Sección 10: ¿Cómo presento una apelación o una queja formal? 64

- ¿Qué es una apelación? 64
- ¿Cómo presento una apelación de una determinación adversa de beneficios? 64
- ¿Qué es una solicitud de reconsideración? 64
- ¿Qué registros debo guardar? 64
- ¿Puedo recibir servicios durante mi revisión de reconsideración? 64
- ¿Se puede acelerar mi solicitud de revisión de reconsideración? 64
- ¿Se puede extender el plazo de revisión de reconsideración? 64
- ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión? 64
- ¿Cómo presento una apelación formal ante la Oficina de audiencias administrativas? 64
- ¿Quién es responsable de mis servicios mientras mi apelación está pendiente? 64
- ¿Puedo apelar una decisión sobre servicios que no son de Medicaid? 64
- ¿Se puede acelerar mi solicitud de revisión de reconsideración que no es de Medicaid? .. 64
- ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión? 64
- ¿Qué es una queja formal? 64
- ¿Cómo presento una queja formal? 64
- ¿Qué es el proceso de queja formal? 64
- ¿Qué sucede si no estoy satisfecho con la respuesta a mi queja formal de Medicaid? 64
- ¿Qué sucede si no estoy satisfecho con la respuesta a mi queja formal que no es de Medicaid? 64
- ¿Qué registros debo guardar? 64
- ¿Puedo obtener asistencia legal? 64
- ¿Cómo presento un reclamo? 64
- ¿Qué hace Alliance cuando recibe un reclamo? 64

- ¿Qué sucede si no estoy satisfecho con la respuesta a mi reclamo?64

Sección 11: ¿Cómo puedo ayudar a evitar situaciones de fraude y abuso? .78

- ¿Cómo puedo ayudar a evitar situaciones de fraude y abuso?78
- ¿Cómo denuncio situaciones de fraude y abuso?78

Sección 12: Defensa, recuperación y resiliencia..... 81

- ¿Qué es el Comité de Orientación del Paciente y la Familia (CFAC)?.....81
- ¿Qué es el Comité de Derechos Humanos (HRC)?81
- ¿Cómo puede ayudarme Alliance en mi recuperación?81
- ¿Qué es la resiliencia?.....81
- ¿Alliance ofrece educación o capacitación?81
- ¿Alliance ofrece programas de apoyo a la vivienda?81

Apéndice A: Resumen de las disposiciones de este acuerdo que se proporcionarán a los miembros y proveedores (exención Innovations) 84

Apéndice B: Glosario de acrónimos y de términos útiles 85

Sección 1: Bienvenido a Alliance

En esta sección:

- ¿Qué es Alliance?
- ¿Cómo se rige Alliance?
- ¿Cómo puedo participar?
- ¿Cuál es la postura de Alliance respecto de la discriminación?

¡Bienvenido a Alliance Health!

Alliance es una agencia gubernamental que administra Medicaid, las subvenciones globales y el financiamiento local y estatal para servicios de salud mental (Mental Health, MH), discapacidades intelectuales y del desarrollo (Intellectual/Developmental Disabilities, IDD), y trastorno por uso de sustancias (Substance Use Disorder, SUD). Administramos servicios en los condados de Cumberland, Durham, Harnett, Johnston, Mecklenburg, Orange y Wake. Nuestra misión es mejorar la salud y el bienestar de las personas a las que prestamos servicios, garantizando apoyo y atención comunitarios muy efectivos.

¿Qué es Alliance?

Alliance se dedica a la promoción de la recuperación, la autodirección y un enfoque centrado en las personas respecto de las fortalezas individuales, la esperanza y la elección. Trabajamos para asegurarnos de que nuestros miembros reciban el tipo correcto de atención, en el grado correcto y en el momento correcto. Administramos el sistema de atención con eficacia al ofrecer lo siguiente:

- Acceso a diversos servicios para satisfacer sus necesidades particulares.
- Acceso a la atención disponible las 24 horas, que incluye los servicios para crisis.
- Evaluaciones clínicas para asegurarse de que su atención sea médicamente necesaria y satisfaga sus necesidades de la mejor manera.
- Una red de proveedores de atención médica.
- Administración de la red de proveedores para garantizar que tenga servicios de calidad disponibles a nivel local.
- Recepción y resolución de todas las inquietudes, quejas formales y solicitudes de apelaciones de manera oportuna.
- Capacitaciones y programas de educación comunitarios.
- Acceso a la atención para personas que salen de hospitales, prisiones, centros de tratamiento y centros residenciales estatales.

Alliance es responsable de administrar con eficacia los recursos públicos limitados disponibles para nuestros servicios. Creemos que es importante trabajar en colaboración con personas, familias y participantes de la comunidad, como departamentos de servicios sociales, departamentos de salud, centros de atención calificados a nivel federal y hospitales locales, para satisfacer las necesidades de las personas de nuestra región. Tenemos una trayectoria comprobada de importantes ahorros para los contribuyentes y resultados positivos para nuestros miembros al contratar a proveedores de servicios de muy buena calidad.

Los miembros de nuestra red de proveedores deben atravesar una rigurosa evaluación de acreditación y se encuentran bajo monitoreo continuo para garantizar la calidad. Contamos con la acreditación de la Comisión de Acreditación de Revisión de Utilización (Utilization Review Accreditation Commission, URAC) en las áreas de centro de llamadas de salud, red de salud y gestión de utilización de servicios de salud. Alliance es una organización de atención administrada de Medicaid. El Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS) de North Carolina (NC) celebra contratos con nosotros para la administración de Medicaid de NC conjuntamente con la exención 1915(b)/(c) en nuestra región, también conocida como nuestra área de captación.

Para obtener más información sobre Alliance, llame a nuestro servicios para miembros y destinatarios, al 800-510-9132 o visite nuestro sitio web, AllianceHealthPlan.org. Puede solicitar una copia impresa de nuestro Manual para el paciente y la familia llamando al servicios para miembros y destinatarios.

¿Cómo se rige Alliance?

Alliance se rige a través de una Junta Directiva que incluye, al menos, un director general de condado; personas con experiencia específica en atención médica, servicios sociales, seguro, administración hospitalaria y salud mental; y miembros del Comité de Orientación del Paciente y la Familia (Consumer and Family Advisory Committee, CFAC) de Alliance. Estos grupos de interés de la comunidad son designados por los comisionados generales de sus respectivos condados. Los proveedores de servicios no pueden prestar servicio como miembros de la Junta.

También contamos con una Junta Asesora de Comisionados Generales de Condados (County Commissioner Advisory Board, CCAB) que se reúne trimestralmente. Esta junta incluye un representante de cada una de las juntas de comisionados generales de los condados donde prestamos servicios. Es un grupo asesor y ofrece sugerencias a Alliance respecto de las necesidades de servicio en nuestras comunidades locales.

¿Cómo puedo participar?

Como miembro del Plan de salud Alliance, puede participar en nuestro Comité de Orientación del Paciente y la Familia (CFAC). El CFAC incluye personas que reciben o han recibido servicios de MH/IDD/SUD y sus familiares o tutores. El CFAC es un comité asesor autónomo que se rige por sus propios estatutos. Uno de sus miembros también se desempeña como miembro con derecho a voto en nuestra Junta Directiva. Conforme a la ley estatal, el CFAC tiene las siguientes responsabilidades:

- Revisar, comentar y monitorear la implementación del plan comercial local.
- Identificar carencias en el servicio y poblaciones desatendidas, y hacer recomendaciones sobre los servicios necesarios.
- Revisar nuestro presupuesto anual y hacer comentarios al respecto.
- Participar en actividades de mejora de la calidad.
- Presentar recomendaciones ante el CFAC estatal respecto de formas de mejorar la prestación de servicios.

El CFAC también garantiza que las personas que reciban servicios participen en nuestros comités de supervisión, planificación y operación. Para obtener más información sobre el CFAC de Alliance, llame a la línea gratuita 800-510-9132.

También contamos con un Comité de Derechos Humanos (Human Rights Committee, HRC) que protege los derechos de las personas que reciben los servicios. El HRC es responsable de revisar reclamos sobre violaciones de los derechos de los miembros, incluidas las inquietudes sobre la privacidad. La mayoría de las personas de este comité reciben servicios o son familiares de alguien que los recibe. El HRC revisa las posibles violaciones de derechos y monitorea las tendencias en el uso de intervenciones restrictivas, abuso, negligencia y explotación, muertes y errores respecto de medicamentos. La junta ofrece sugerencias valiosas sobre posibles mejoras y tendencias generales.

El HRC se reúne, al menos, trimestralmente y presenta informes ante la Junta Directiva de Alliance, el Comité de Mejora Continua de Calidad de Alliance y las autoridades estatales. Para obtener más información sobre el HRC, llame al 800-510-9132.

¿Cuál es la postura de Alliance respecto de la discriminación?

Alliance cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina, no excluye a las personas ni las trata de manera diferente en cuanto a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo. Alliance y sus proveedores contratados tampoco discriminan en cuanto a etnia, religión, credo, identidad de género, orientación sexual, estado civil, estado familiar/parental, información genética, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o cualquier otra categoría protegida conforme a la ley estatal o federal.

Alliance ofrece servicios y asistencia sin cargo para personas con discapacidades a fin de comunicarse de forma efectiva con nosotros, por ejemplo:

- Intérpretes en lenguaje de señas calificados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).

Alliance también ofrece servicios de idiomas sin cargo a personas cuya lengua materna no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Alliance Health al 800-510-9132. Hay recursos para personas con dificultades auditivas a través del servicio de llamadas con mensajes de TTD/TYY de NC llamando primero al 711 o al 800-735-2962.

Si cree que Alliance no ha logrado prestar estos servicios o si sufrió discriminación en el modo de autorización de estos servicios o en su prestación en cuanto a la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad o el sexo, infórmenos al respecto. Puede llamar al servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132 o averiguar cómo presentar una queja formal en AllianceHealthPlan.org/consumers-families/consumer-rights/filing-a-complaint/.

Si prefiere comunicarse con alguna persona de Alliance, llame al Centro de Atención al Cliente del DHHS de NC al 800-662-7030. Este número es monitoreado por un proveedor externo, y su llamada será completamente anónima si así lo decide. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, por correo escribiendo a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201, o por teléfono llamando al 800-368-1019 o 800-537-7697 (TDD).

Sección 2: ¿Qué es la exención de Medicaid?

En esta sección:

- ¿Qué es la exención 1915(b)/(c) de Medicaid?
 - Objetivos de la exención 1915(b)/(c) de Medicaid
 - Beneficios de la exención 1915(b)/(c) de Medicaid
 - Requisitos para Alliance conforme a la exención de Medicaid
- ¿Qué es la exención 1915(b)?
- ¿Qué es la exención Innovations 1915(c)?
- ¿Qué es el registro de necesidades no satisfechas?
- ¿Cómo sé si reúno los requisitos para recibir los servicios que ofrece el Plan de salud Alliance?
- ¿Qué sucede si tengo otro seguro que no sea Medicaid?

¿Qué es la exención de Medicaid?

Alliance se rige conforme a la exención 1915(b)/(c) de Medicaid. Esta permite la exención de algunos requisitos federales de Medicaid para ofrecer alternativas al sistema tradicional de prestación de servicios. Si recibe Medicaid a través de alguno de los condados del área de Alliance, usted es miembro de la exención 1915(b)/(c) de Medicaid a través de Alliance.

Los objetivos de la exención 1915(b)/(c) de Medicaid son los siguientes:

- Mejorar el acceso a la atención.
- Mejorar la calidad de los servicios.
- Promover la rentabilidad.

Los beneficios de la exención 1915(b)/(c) de Medicaid son los siguientes:

- Puede elegir los proveedores.
- Se satisfacen las necesidades que se requieren desde el punto de vista médico.
- Existe un proceso de resolución de quejas formales.
- Tiene la oportunidad de obtener segundas opiniones.

Los requisitos para Alliance conforme a la exención de Medicaid son los siguientes:

- Proporcionar comunicación telefónica las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Proporcionar referencias de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, dentro de las dos horas de la solicitud de los servicios.
- Proporcionar atención de urgencia dentro de las 48 horas de la solicitud de los servicios.
- Proporcionar atención de rutina dentro de los 14 días calendario de la solicitud de los servicios.
- Contar con personal calificado para evaluar los servicios solicitados por los proveedores.
- Ofrecer una red de proveedores calificados que permita elegir, al menos, dos proveedores cuando estén disponibles, excepto los servicios para crisis.
- Proporcionar material escrito en el que se explique el plan de beneficios, el acceso a los servicios y los derechos de los miembros.

¿Qué es la exención 1915(b)?

La exención 1915(b)/(c) de Medicaid de North Carolina está aprobada por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS). De hecho, son dos exenciones diferentes combinadas en una. La exención 1915(b), llamada Plan de salud mental/discapacidades intelectuales o del desarrollo/abuso de sustancias (Substance Abuse, SA) de NC, es una exención de atención administrada/libertad de elección que contempla a todos los beneficiarios de Medicaid en nuestra área de captación. Se denomina “exención” porque se exime a los beneficiarios de algunos requisitos de la Ley Federal de Seguridad Social:

- Exención de alcance estatal. Permite que North Carolina tenga planes de atención de salud conductual administrada en áreas específicas del estado, como nuestra región de cuatro condados.
- Exención de comparabilidad de servicios. Permite que North Carolina ofrezca diferentes servicios a personas inscritas en el sistema de atención administrada.
- Exención de libertad de elección. Permite que Alliance tenga una red cerrada y exija a los miembros del plan de salud elegir entre los proveedores de esa red, con algunas excepciones.

El plan de salud MH/DD/SA de NC está pensado para lo siguiente:

- Coordinar mejor el sistema de atención para personas, familias y proveedores.
- Administrar mejor los recursos para que el dinero de los servicios pueda dirigirse a los más necesitados.
- Desarrollar un rango más completo de servicios y apoyos en la comunidad para que más personas puedan recibir servicios en su comunidad, con la menor interrupción posible en sus vidas.
- Crear servicios nuevos y opcionales (b)(3) financiados con ahorros que Alliance obtiene a partir de una administración más eficaz de la atención. Estos servicios (b)(3) solo están disponibles para personas con Medicaid y se identifican al evaluar qué tipos de prácticas funcionan mejor y escuchar sugerencias de los miembros y las familias.

Alliance garantiza que existan diversos servicios y proveedores en los condados donde se prestan los servicios. Las personas de tres años o más con cobertura de Medicaid de uno de nuestros condados son elegibles para recibir servicios de salud mental, uso de sustancias y discapacidad intelectual/del desarrollo (IDD). Los servicios disponibles incluyen aquellos cubiertos por el plan de Medicaid actual de North Carolina. La exención 1915(b) permite la incorporación de servicios que posiblemente no estén incluidos en las opciones de servicios actuales de Medicaid de North Carolina. La incorporación de servicios nuevos se basará en las mejores prácticas. Los nuevos servicios incorporados incluirán aportes de los miembros y las familias.

La red de proveedores de Alliance se desarrolla para asegurarse de que estén disponibles los servicios de prácticas basadas en evidencia. Los servicios basados en evidencia integran la investigación, la experiencia clínica y el valor del paciente en el proceso de toma de decisiones para la atención de miembros. Puede elegir entre cualquier proveedor de la red de Alliance que sea elegible para prestar el servicio aprobado. Recibirá información y educación para elegir los proveedores llamando al servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132.

¿Qué es la exención Innovations 1915(c)?

La exención Innovations es una exención para servicios basados en el hogar y la comunidad para personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo (IDD). Alliance administra esta exención en nuestros cuatro condados. La exención Innovations permite prestar servicios a personas de cualquier edad y permite la prestación de servicios de atención a largo plazo en

entornos basados en el hogar y la comunidad para personas con una IDD que cumplan los criterios de nivel de atención institucional. La participación en la exención Innovations se limita a la cantidad de personas aprobadas todos los años por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para la exención y la financiación aprobada por la Asamblea General de NC.

La exención Innovations ofrece a las personas y familias dos niveles de control y responsabilidad:

- Servicios dirigidos por proveedores.
- Opciones de apoyos dirigidos por la persona y la familia (que incluyen los modelos Agencia con Elección y Empleador de Registro). Según esta opción, las personas o familias tienen mayor control de la totalidad o parte de los apoyos en su plan de apoyo individual.

¿Qué es el registro de necesidades no satisfechas?

El registro de necesidades no satisfechas es una lista de orden por llegada que Alliance mantiene para llevar un registro de las personas que esperan los servicios de IDD. Recomendamos enfáticamente a los padres de niños que tienen una IDD y puedan necesitar servicios de Innovations en el futuro que nos llamen para poder incorporar a su hijo al registro ahora. Para obtener más información sobre la exención Innovations o el registro de necesidades no satisfechas, llame al servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132.

¿Cómo sé si reúno los requisitos para recibir los servicios que ofrece el Plan de salud Alliance?

El Plan de salud Alliance es para personas que ya tienen Medicaid. Para ser elegible para la cobertura de Medicaid en la región de Alliance, debe cumplir estos requisitos:

- Ser ciudadano estadounidense o presentar evidencia de su estado de inmigración que reúna los requisitos.
- Ser residente de North Carolina.
- Tener su número de Seguro Social o haberlo solicitado.
- Solicitar y recibir aprobación para Medicaid en la oficina de su Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) local.
- Encontrarse en una de las categorías de asistencia de Medicaid que lo califica de acuerdo con el Plan de salud Alliance.

Usted automáticamente reúne los requisitos para Medicaid y no tiene que presentar solicitud alguna ante el DSS si recibe actualmente los beneficios de los siguientes programas: Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), Asistencia Especial para Personas Ciegas, Asistencia Familiar a Través del Programa Work First o Asistencia Especial para Personas de Edad Avanzada o Discapacitadas.

Alliance no permite copagos, deducibles ni otros tipos de costos compartidos para los miembros de Medicaid para la prestación de servicios de Medicaid conforme al contrato con el Departamento de Beneficios para la Salud de NC. Además, los miembros no deben pagar las citas a las que no asistieron. Es posible que se requieran copagos para medicamentos o servicios de salud física.

Su tarjeta de Medicaid le sirve como tarjeta de membresía al Plan de salud Alliance. Si su condado de elegibilidad de Medicaid es uno de los condados en los que prestamos servicios, en su tarjeta encontrará impresos el nombre y el número de teléfono gratuito de información y acceso de Alliance.

¿Qué sucede si tengo otro seguro que no sea Medicaid?

Si tiene otro seguro que no sea Medicaid, debe informar a Alliance y a su proveedor. El otro seguro puede ser Medicare o algún seguro privado. Las reglamentaciones federales exigen que Medicaid sea el “pagador de última instancia”. Medicaid paga los servicios después de que su otro seguro (incluso Medicare) haya procesado la reclamación y haya tomado una determinación de pago.

Sección 3: ¿Cómo accedo a la atención?

En esta sección:

- ¿Cómo accedo a la atención?
- ¿Cuándo debo llamar a Alliance?
- ¿Qué sucede cuando llamo a Alliance?
- ¿Qué sucede si tengo una discapacidad auditiva?
- ¿De qué forma puedo recibir asistencia en idiomas que no sean el inglés?
- ¿De qué forma se evalúan mis necesidades?
- ¿Puedo recibir ayuda con el transporte para las citas?

¿Cómo accedo a la atención?

Alliance lo ayudará a acceder a la atención. Sin embargo, puede hacerlo directamente consultando a cualquier proveedor de la red Alliance. Puede ir directamente a un proveedor de la red que usted elija. El proveedor lo ayudará a inscribirse en los servicios. No es necesario que primero llame a Alliance. Puede programar su cita directamente con el proveedor o ir al consultorio.

Puede llamar a Alliance de manera gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 800-510-9132 para acceder a los servicios. Profesionales capacitados que responden las llamadas lo ayudarán con lo siguiente:

- Inscribirse en el Plan de salud Alliance.
- Hacer una breve selección telefónica para determinar la urgencia (o necesidad).
- Programar una cita para una evaluación con un proveedor de la red.
- Proporcionar información sobre recursos de la comunidad que puedan ser de utilidad para usted.
- Coordinar servicios de intervención cara a cara en crisis.
- Acceso a servicios de apoyo entre pares.

También puede acceder a servicios acudiendo a uno de los médicos particulares o centros de evaluación aprobados por Alliance, o comunicándose con ellos. Puede acceder a la información sobre los proveedores y los servicios disponibles a través del sitio web de Alliance:

AllianceHealthPlan.org.

Un centro de evaluación o un médico particular aprobados pueden proporcionar una evaluación integral y, en algunos casos, atención de seguimiento a las personas cubiertas por el Plan de salud Alliance. Existen al menos un centro de evaluación y varios médicos particulares aprobados en cada condado de la región de Alliance.

Importante: Si tiene una emergencia médica o posiblemente mortal, llame al 911 o vaya al servicio de emergencias de un hospital. No es necesario que primero llame a Alliance. Una emergencia posiblemente mortal se produce cuando usted u otra persona responsable cree que necesita atención de inmediato para que usted u otra persona no salgan lastimados. Si tiene Medicaid, no será responsable del pago de los servicios en una situación de emergencia. Tampoco debe ir a un proveedor o centro de la red Alliance para recibir tratamiento de emergencia.

¿Cuándo debo llamar a Alliance?

Debe llamar a Alliance si se encuentra alguna de las siguientes situaciones:

- Le preocupa un problema emocional, conductual o de aprendizaje.
- Le preocupa un problema de drogas o alcohol.
- Necesita un proveedor o quiere cambiar de proveedor.
- Tiene problemas para encontrar un proveedor para satisfacer sus necesidades.
- Siente temor por determinados pensamientos, estados de ánimo o emociones.
- Se siente deprimido o ansioso, o hace tiempo que siente tristeza, duerme más o no puede concentrarse.
- Busca servicios de salud conductual para su hijo.
- Es padre, madre o tutor de un niño con un diagnóstico de IDD y necesita servicios/apoyos para satisfacer las necesidades de su hijo.
- Cree que su hijo se queja demasiado de dolencias físicas, no puede lidiar con problemas diarios o tiene cambios repentinos en los hábitos alimentarios o de sueño.
- Observa que su hijo se ha autoinfligido lesiones u otras lesiones que no tienen explicación.
- Le preocupa un problema de drogas o alcohol.
- Siente temor por determinados pensamientos, estados de ánimo y emociones actuales.
- Tiene alucinaciones (ve o escucha cosas) o se preocupa porque el Gobierno o los extraterrestres lo controlan.
- Tiene pensamientos de muerte o suicidio recurrentes.
- Siente que cada día es peor que el anterior o no disfruta lo que solía interesarle.
- Una persona de su confianza, como un amigo, familiar, maestro, asesor o médico, cree que usted necesita ayuda.
- Desea información sobre los beneficios del Plan de salud de Alliance.
- Tiene preguntas sobre cambios en la exención, sus beneficios o servicios.
- Quiere presentar un reclamo o una queja formal, o necesita ayuda para presentar una apelación.
- Necesita conectarse con su gerente de cuidado asignado u otro integrante del personal de Alliance.
- Desea más información sobre recursos de salud mental, IDD o uso de sustancias.

Alliance puede conectarlo con un proveedor que satisfará sus necesidades. Le ofrecerá diversos proveedores adecuados entre los que podrá elegir. Puede elegir el que crea que satisfará mejor sus necesidades. Alliance programará una cita con el proveedor de red que usted elija.

¿Qué sucede cuando llamo a Alliance?

Un profesional capacitado de Alliance lo escuchará y le hará preguntas. Contamos con médicos clínicos matriculados disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. Sea lo más claro posible al explicar sus necesidades. Si ya tiene un proveedor, trataremos de comunicarnos con miembros de su equipo de tratamiento. Si no tiene un proveedor tratante, no hay problema. Lo ayudaremos a hacer una cita para una evaluación y obtener información. En primer lugar, haremos una referencia para que reciba ayuda según nuestra evaluación de sus necesidades y la gravedad del problema.

Queremos ayudar a conectarlo con los mejores servicios para sus necesidades. En muchos casos, podremos conectarlo con el proveedor correcto en la primera llamada. Al referir a quienes llamen para recibir servicios, trataremos de ofrecer opciones de proveedores que mejor satisfagan sus necesidades y solicitudes.

¿Qué sucede si tengo una discapacidad auditiva?

Para acceder al servicio de llamadas con mensajes, llame al 711 o 800-735-2962. El servicio de llamadas con mensajes es el enlace confidencial y claro entre las personas con audición y las personas sordas, con discapacidad auditiva, ciego-sordas o con dificultades en el habla. El operador del servicio de llamadas con mensajes se comunica oralmente con los usuarios que pueden escuchar y escribe la conversación para los usuarios de teléfonos de texto.

El servicio de llamadas con mensajes está disponible en cualquier momento y cualquier lugar sin ningún costo extra. No hay restricciones sobre cuándo puede usar el servicio de llamadas con mensajes ni límites de tiempo sobre la duración de la llamada, pero es posible que haya una demora en la respuesta cuando el volumen de llamadas es alto. En este momento, se ofrece este servicio en español e inglés.

Si usted es miembro con audición o miembro sordo o con discapacidad auditiva, marque 711 o 800-735-2962 para comunicarse con un operador del servicio de llamadas con mensajes. Una vez que se comunique con el operador del servicio de llamadas con mensajes, dele el número y la extensión con los que intenta comunicarse, y este los marcará por usted. El operador del servicio de llamadas con mensajes le escribirá al usuario de TTY o hablará con un miembro con audición. Los operadores del servicio de llamadas con mensajes no forman parte de la conversación y no pueden emitir juicio sobre la conversación.

¿De qué forma puedo recibir asistencia en idiomas que no sean el inglés?

El personal de Alliance puede conectarlo con un servicio de interpretación en idiomas que no sean el inglés. Este servicio es gratuito y se encuentra disponible para cualquier tipo de llamada. Es posible que deba esperar un momento para que comience la conferencia telefónica con el intérprete. El servicio de interpretación gratuito se encuentra disponible cuando trabaja con proveedores de Alliance también.

Alliance también puede traducir este manual para miembros, formularios y folletos en otros idiomas que no sean el inglés y español. Llame al servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132 para solicitar la traducción de materiales a otros idiomas.

¿De qué forma se evalúan mis necesidades?

Las personas con el mismo diagnóstico pueden tener fortalezas y habilidades muy diferentes. Alliance lo evaluará mediante herramientas de evaluación reconocidas a nivel nacional que miden su nivel de desempeño. Las herramientas de evaluación son un conjunto estandarizado de guías usadas por médicos para hacer la evaluación inicial de sus necesidades. Esta evaluación se hará llegar al proveedor antes de su cita. Este intercambio de información evitará la duplicación de servicios y permitirá que los servicios se inicien de forma oportuna. Eso significa que podrá comenzar el proceso de recuperación antes.

Alliance clasificará sus necesidades (les asignará un nivel de urgencia) en una de tres categorías: emergencia, urgencia o rutina. Lo que informe a Alliance determinará en qué

categoría entran sus necesidades. Los servicios móviles para crisis están disponibles en todos los condados en los que Alliance presta servicios. Para obtener más información sobre alternativas a servicios de emergencia de un hospital, consulte la sección 4 de este manual. Para las necesidades de urgencia y rutina, lo ayudaremos a programar una cita.

CATEGORÍAS DE NECESIDAD

Si tiene una NECESIDAD DE EMERGENCIA, (2 HORAS)	Si tiene una NECESIDAD DE URGENCIA, (48 HORAS)	Si tiene una NECESIDAD DE RUTINA, (14 DÍAS)
<p>significa lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene una conducta suicida. • Tiene una conducta homicida. • Está en riesgo de lastimarse si no lo supervisan. • Tiene una conducta activamente psicótica (procesos de pensamientos extraños) con alteraciones en el cuidado personal. • Informa alucinaciones y delirios que pueden provocar autolesiones o lesiones a otras personas. • Tiene una discapacidad grave. • Siente una angustia importante en relación con el uso de sustancias (temblores, sudoraciones, etc.). 	<p>significa lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No tiene conductas suicidas ni homicidas activas (niega tener un plan). • Informa depresión o ansiedad importantes, pero no tiene planes de lastimarse o lastimar a otras personas. • Muestra síntomas de leves a moderados. • Recientemente tuvo alucinaciones o delirios, pero no los tiene ahora. • Podría empeorar rápidamente o convertirse en una necesidad de emergencia, si no se da intervención inmediata. 	<p>significa lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No informa riesgo de lastimarse a sí mismo ni a otras personas. • Puede cuidarse a sí mismo de forma cotidiana. • Siente angustia que no es incapacitante.
<p>¿Qué sucederá?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinaremos atención cara a cara que prestará un proveedor de servicios de emergencia dentro de las dos horas de solicitar la atención de emergencia o inmediatamente en el caso de emergencias posiblemente mortales. Las personas que llaman y tienen necesidades de emergencia pueden recibir una referencia en cualquier momento, las 24 horas del día, y pueden esperar que les devuelvan la llamada dentro de una hora. 	<p>¿Qué sucederá?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haremos una cita para que reciba una evaluación del servicio cara a cara o tratamiento de un proveedor de la red de Alliance dentro de los dos días calendario de la solicitud de atención. 	<p>¿Qué sucederá?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haremos una cita para que reciba atención cara a cara para la evaluación del servicio o tratamiento dentro de los 14 días calendario de la solicitud de atención.

¿Puedo recibir ayuda con el transporte para las citas?

Si recibe Medicaid, puede usar los viajes del servicio de transporte de Medicaid de ida y vuelta para asistir al consultorio del médico, al hospital o a otro consultorio médico para recibir atención aprobada por Medicaid. Este se ofrece a través del Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) local.

Este servicio se encuentra disponible en condados donde Alliance presta servicios. Comuníquese con la oficina del DSS local para averiguar cómo puede usar este servicio. También puede llamar a Alliance al 800-510-9132 para recibir ayuda sobre cómo comunicarse con la oficina del DSS local. Es un servicio sin cargo para las personas inscritas en Medicaid. Para aquellos que no están inscritos en Medicaid, el transporte depende del lugar disponible y puede costar entre \$1 y \$2 por cada dirección del recorrido.

Información de contacto del DSS local:

Cumberland – 910-323-1540
Durham – 919-560-8000
Harnett – 910-893-7500
Johnston – 919-989-5300
Mecklenburg – 704-336-3000
Orange – 919-245-2800
Wake – 919-212-7000

Puede solicitar que la cita inicial sea en su casa si el transporte representa un problema. Usted y su proveedor pueden planificar el transporte para citas futuras.

Sección 4: ¿Cómo recibo ayuda en una crisis?

En esta sección:

- ¿Cómo recibo ayuda en una crisis?
- ¿Qué es una crisis de salud conductual?
- ¿Debo llamar a mi proveedor si estoy en crisis?
- ¿Existen otras formas de recibir ayuda en una crisis?
- ¿Dónde se encuentran los centros de evaluación y crisis?
- ¿Cómo accedo a los servicios sin cita previa?
- ¿Qué son los equipos móviles para crisis?
- ¿Cómo accedo a los servicios móviles para crisis?

¿Cómo recibo ayuda en una crisis?

En una crisis, debe buscar ayuda, especialmente si se siente preocupado por su seguridad o la de otra persona que conoce. El número de teléfono al que llame primero dependerá del tipo de crisis o emergencia y cuándo suceda. Si tiene una emergencia posiblemente mortal, llame al 911. **También puede ir al servicio de emergencias más cercano.** No es necesario que llame a Alliance antes de llamar al 911 o antes de ir al servicio de emergencias. La atención de emergencia no requiere aprobación ni autorización previa de Alliance. Alliance no define cuándo se trata de una emergencia. Pueden incluirse situaciones en las que una persona se causó daño físico grave a sí mismo o se lo causó a otras personas. Si se trata de una crisis de salud del comportamiento y no necesita intervención médica, puede buscar ayuda en uno de nuestros centros de crisis en lugar de ir al departamento de emergencias.

Los servicios posestabilización son los servicios prestados inmediatamente tras un tratamiento de emergencia y están destinados a evitar que su afección empeore y requiera un mayor tratamiento de emergencia. Tiene derecho a los servicios posestabilización tras un tratamiento para una crisis o afección médica de emergencia. Los servicios posestabilización se prestan en el mismo lugar en el que recibió su tratamiento médico de emergencia. Incluye servicios de emergencia de un hospital, centros de crisis o su proveedor. Si tiene más preguntas sobre los servicios posestabilización, que incluyen dónde puede recibirlos, llame a Alliance al 800-510-9132.

¿Qué es una crisis de salud conductual?

Existe una crisis de salud conductual cuando una persona muestra síntomas de una enfermedad mental o un trastorno por uso de sustancias grave, por ejemplo:

- Pensamientos o acciones suicidas, homicidas o violentas de otro tipo.
- Psicosis; pérdida total o parcial de la capacidad de saber qué es real y qué no lo es (como alucinaciones, delirios, paranoia).
- Incapacidad de ocuparse del cuidado personal básico.
- Acciones agresivas o arrebatos incontrolables que ponen a una persona con una IDD o su entorno en riesgo de sufrir un daño.
- Síntomas físicos de abstinencia de drogas o alcohol, o comprensión de que necesita ayuda de inmediato por un problema con el alcohol o las drogas.

¿Debo llamar a mi proveedor si estoy en crisis?

Las emergencias de salud mental son graves, pero no siempre requieren una visita al servicio de emergencias. La mayoría de las emergencias de salud mental pueden manejarse llamando a su proveedor. Si tiene una crisis de salud conductual, su proveedor de tratamiento actual debe hablar con usted de inmediato. Su proveedor debe escuchar sus inquietudes y darle orientación sobre qué hacer o coordinar para que reciba atención de emergencia o para situaciones de crisis. Su proveedor puede referirlo a un equipo móvil para crisis.

Los proveedores también lo ayudarán con los servicios posestabilización tras la emergencia y en el mismo lugar donde se prestaron los servicios de emergencia. Los servicios posestabilización no requieren autorización previa, y Alliance garantiza que reciba los servicios que necesita.

Si no tiene una situación posiblemente mortal, también puede llamar a su médico de atención primaria, al servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132 o a su equipo local de servicios móviles para crisis (Mobile Crisis Management, MCM).

¿Existen otras formas de recibir ayuda en una crisis?

Alliance ofrece varias alternativas en lugar de buscar tratamiento en el servicio de emergencias de un hospital:

- Centros de evaluación y crisis, que son centros en los que un médico clínico lo atenderá y lo ayudará a evaluar sus necesidades de tratamiento. Si se requieren servicios inmediatos, el personal del centro trabajará con usted y Alliance para encontrar un ambiente de tratamiento adecuado antes de que deje el centro.
- Centros de crisis en establecimientos comunitarios, que son centros autorizados en los condados de Cumberland, Durham, Harnett, Johnston, Mecklenburg, Orange y Wake, que constituyen una alternativa a la internación en un entorno hospitalario. Pueden proporcionar servicios de estabilización a personas que sufran crisis relacionadas con la salud mental o el uso de sustancias.
- Servicios móviles para crisis, un servicio de evaluación y examen, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través del cual profesionales de asistencia acuden a la comunidad, realizan evaluaciones, determinan prioridades en relación con la necesidad de servicios y ofrecen algunos servicios de estabilización ante crisis.

¿Dónde se encuentran los centros de evaluación y crisis?

Usted puede ser evaluado y, si es necesario, se le brindarán servicios posestabilización y para crisis de salud mental y desintoxicación de drogas o alcohol en un entorno seguro, en los siguientes centros de evaluación y crisis dentro de la red. Puede acudir sin cita previa o llamar al 800-510-9132.

Durham Recovery Response Center
309 Crutchfield Street
Durham, NC 27704
(las 24 horas del día)

UNC Hospitals at WakeBrook
107 Sunnybrook Road
Raleigh, NC 27610
(las 24 horas del día)

Community Mental Health Center at Cape Fear
Valley Hospital
1724 Roxie Avenue
Fayetteville, NC 28304
(de 8:00 a. m. a 10:00 p. m., los 7 días de la semana)

Mental Health Division,
Johnston County Health Department
521 North Brightleaf Boulevard
Smithfield, NC 27577
(de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes)

SECU Youth Crisis Center, A Monarch Program
1810 Back Creek Drive
Charlotte, NC 28213
(844) 263-0050
(las 24 horas del día)

¿Cómo accedo a los servicios sin cita previa?

Puede visitar cualquier centro de evaluación y crisis para que le realicen una evaluación durante los horarios de atención mencionados más arriba. El personal trabajará junto a usted para determinar el nivel de atención necesario para tratar sus necesidades. Se determinará qué tipo y qué grado de atención se requiere y con qué urgencia.

Debe acudir a un centro de evaluación y crisis en los siguientes casos:

- Siente deseos de lastimarse a sí mismo o a los demás.
- Oye voces o le dicen que habla consigo mismo.
- Está intoxicado, pero alguien lo puede traer al centro de manera segura.
- Está deprimido o demasiado triste como para ocuparse de sí mismo o de los demás.

¿Qué son los equipos móviles para crisis?

Los servicios móviles para crisis ofrecen servicios de apoyo y orientación cara a cara durante una crisis y pueden ofrecer ayuda a personas con problemas de intoxicación, abstinencia de drogas, alteración de la capacidad de juicio, pensamientos suicidas u otros problemas de crisis de salud conductual. Los servicios móviles para crisis no se limitan a los beneficiarios de Medicaid y están disponibles para cualquier persona en nuestra región de los cuatro condados. Nuestros equipos móviles para crisis contratados ofrecen evaluación, tratamiento y referencias para una transferencia segura a fin de garantizar servicios y apoyos adecuados.

¿Cómo accedo a los servicios móviles para crisis?

También puede comunicarse directamente con el equipo móvil para crisis más cercano. Los servicios móviles para crisis pueden ofrecerle servicios de apoyo y asesoramiento cara a cara en momentos de crisis, las 24 horas del día, todos los días del año, sin ningún costo para usted. Los equipos móviles para crisis trabajan para proveedores de la red que tienen contratos con Alliance.

Los equipos móviles para crisis están formados por personal clínico experimentado y correctamente capacitado en técnicas de estabilización y prevención de crisis. Si tiene una crisis de salud conductual, un miembro del equipo móvil para crisis le responderá y se reunirá con usted siempre que sea posible: en la casa, en la escuela o en la comunidad. Servicios móviles para crisis:

- Pueden obtenerse si llama sin cargo al servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132.

- Ofrecen evaluación, tratamiento y referencias para el traslado seguro de una persona al centro donde se proporcionarán el apoyo y los servicios adecuados.
- Pueden ofrecer ayuda para intoxicación, síndrome de abstinencia de sustancias, alteración de la capacidad de juicio o pensamientos suicidas.

Alliance supervisa los servicios móviles para crisis en los condados de Cumberland, Durham, Harnett, Johnston, Mecklenburg, Orange y Wake.

**Si se presenta una emergencia médica,
llame al 911 o acuda a la sala de emergencias de su hospital local.**

Sección 5: ¿Qué apoyo y servicios están disponibles?

En esta sección:

- ¿Qué apoyo y servicios están disponibles?
- ¿Soy elegible para recibir servicios de Medicaid?
- ¿Hay limitaciones para la elegibilidad de Medicaid que debo conocer?
- ¿Tendré que pagar un copago?
- ¿Dónde obtengo una tarjeta de identificación de Medicaid?
- ¿Qué sucede si tengo un seguro privado?
- ¿Qué niveles de servicios están disponibles?
 - Servicios de beneficios básicos
 - Servicios de beneficios mejorados
 - Servicios residenciales
- ¿De qué forma puedo recibir atención para niños y adultos sin Medicaid?
- ¿Soy elegible para recibir servicios que no son de Medicaid?
- ¿Cómo me entero de cambios importantes en los programas y servicios?
- ¿Qué es el EPSDT?

¿Qué apoyo y servicios están disponibles?

Alliance cubre la mayoría de los servicios financiados con fondos públicos para personas con problemas de salud mental, uso de sustancias y discapacidades intelectuales o del desarrollo. Si recibe una categoría aceptable por parte de Medicaid de los condados de Cumberland, Durham, Harnett, Johnston, Mecklenburg, Orange o Wake, automáticamente se convierte en miembro del Plan de salud Alliance con exención 1915(b). Los beneficiarios de Medicaid aprobados para una vacante para la exención Innovations son miembros del plan de salud con exención 1915(b).

En general, no cubrimos servicios para necesidades de salud física. Si tiene Medicaid y tiene preguntas sobre qué servicios están disponibles para satisfacer sus necesidades de salud física, como diabetes o presión arterial alta, llame al Centro de Atención al Cliente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC (de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes) al 800-662-7030. Hay disponibles operadores que hablan español. Si se le asigna un gerente de cuidado de Alliance, puede ayudarlo a comunicarse con un proveedor de atención primaria.

No somos responsables de los servicios disponibles a través de Medicare o TRICARE. Si tiene Medicare, llame a MEDICARE al 800-633-4227 o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información. Si es veterano o familiar con acceso a TRICARE, llame al contratista regional del norte de TRICARE, Health Net Federal Services, LLC, al 877-TRICARE o al 877-874-2273, o visite [tricare.mil](https://www.tricare.mil) o [hnfs.com](https://www.hnfs.com).

El estado de North Carolina y nuestros seis condados también ofrecen financiación limitada de modo tal que Alliance pueda pagar por algunas personas que no pueden pagar para acceder a ciertos servicios. Si no es elegible para recibir Medicaid, es posible que sea elegible para acceder a nuestro plan de salud que no sea de Medicaid. Los servicios para adultos comienzan a los 18 años para los servicios que no son de Medicaid y a los 21 años para los servicios financiados por Medicaid, con algunas excepciones.

Los servicios para crisis por IDD y salud conductual se prestan sin costo para cualquier persona. Incluye personas con seguro privado. Si tiene preguntas acerca de los servicios y su elegibilidad para recibirlos, llame al servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132.

Los servicios disponibles se basan en la lista de servicios para los servicios de salud conductual y discapacidades del desarrollo de la División de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Servicios de Abuso de Sustancias, y la División de Beneficios para la Salud de NC. Algunos servicios están disponibles para todos los residentes, independientemente del seguro o de la elegibilidad para Medicaid.

¿Soy elegible para recibir servicios de Medicaid?

Los servicios con exención están disponibles para personas que reciben Medicaid. A fin de ser elegible para Medicaid, debe cumplir estos requisitos:

- Ser ciudadano de los EE. UU. o brindar evidencia de su estado de inmigración que reúna los requisitos (si necesita servicios de emergencia, no debe proporcionar documentación del estado de inmigración).
- Ser residente de North Carolina y brindar evidencia de la residencia.
- Tener su número de Seguro Social o haberlo solicitado.
- Solicitar y recibir aprobación para Medicaid en la oficina de su Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) local.
- Encontrarse en una de las categorías de asistencia de Medicaid que lo califica de acuerdo con el Plan de salud Alliance.

Para recibir servicios de Medicaid, el DSS local decide los requisitos de elegibilidad de Medicaid y los copagos o deducibles. Si no puede solicitarlos personalmente, puede imprimir y enviar por correo su solicitud de Medicaid completa a la oficina del DSS local. Usted automáticamente reúne los requisitos para Medicaid y no tiene que presentar solicitud alguna por separado ante Medicaid si recibe actualmente los beneficios de los siguientes programas: seguro del Seguro Social (Social Security Insurance, SSI), Asistencia Especial para Personas Ciegas, Asistencia Familiar a Través del Programa Work First o Asistencia Especial para Personas de Edad Avanzada o Discapacitadas.

¿Hay limitaciones para la elegibilidad de Medicaid que debo conocer?

Sí. Algunas categorías de asistencia de Medicaid no están cubiertas conforme al Plan de salud Alliance y se mantienen según la División de Beneficios para la Salud (DHB) de NC. La DHB es una agencia estatal de NC responsable de la administración del programa Medicaid. Además, las reglamentaciones de Medicaid no nos permiten pagar servicios prestados a reclusos de instituciones correccionales públicas o personas en centros con más de 16 camas clasificados como instituciones de enfermedades mentales (Institutions of Mental Diseases, IMD).

Estos pueden incluir entornos de hogares de atención familiar y hogares para el cuidado de adultos. Llame al servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132 si tiene más preguntas sobre la elegibilidad para Medicare. También debe saber que las reglamentaciones federales exigen que Medicaid sea el “pagador de última instancia”. Esto significa que cualquier reclamación por sus servicios debe presentarse ante pólizas de seguro externas, que incluyen Medicare y seguros de salud privados, antes de que Medicare procese una reclamación. Su proveedor debe informar el pago de reclamaciones por parte de cualquier otro seguro cuando se reclama un pago de Medicare.

¿Tendré que pagar un copago?

Si es beneficiario de Medicare, no se le puede cobrar un copago por ninguno de los servicios administrados por Alliance. Sin embargo, es posible que se le cobre un copago por los servicios administrados por la División de Beneficios para la Salud de NC. Por ejemplo, es posible que a los adultos que no sean mujeres embarazadas mayores de 21 años se les cobre un copago de \$3 por los medicamentos con receta. Además, si recibe servicios que no sean de Medicaid, su proveedor puede cobrar un cargo según sus ingresos.

¿Dónde obtengo una tarjeta de identificación de Medicaid?

Su tarjeta de identificación de Medicaid se emitirá con el nombre y el número de teléfono de Alliance impresos. Esta tarjeta de identificación de Medicaid es su tarjeta de miembro de Alliance. La oficina del DSS del condado local continuará emitiendo su tarjeta de Medicaid anualmente. La División de Beneficios para la Salud de NC es la agencia estatal de North Carolina responsable de Medicaid.

¿Qué sucede si tengo un seguro privado?

Si tiene otro seguro que no sea Medicaid, debe informar a su proveedor. El otro seguro puede ser Medicare o algún seguro privado. Las reglamentaciones federales exigen que Medicaid sea el “pagador de última instancia”. Medicaid paga los servicios autorizados después de que su otro seguro haya procesado la reclamación y haya tomado una determinación de pago. Si el monto permitido por Medicaid supera el pago del tercero, Medicaid pagará la diferencia. Si el pago del seguro supera el monto permitido por Medicaid, Medicaid no se hará cargo del pago del monto adicional.

¿Qué niveles de servicios están disponibles?

Los proveedores trabajarán con cada persona para determinar qué tipos de servicios prestan. Los servicios deben ser médicamente necesarios en el plan de beneficios de Alliance y ya sea en el plan de Medicaid o con fondos que no son de Medicaid para el estado de North Carolina. Existen tres niveles de servicios disponibles para las personas con Medicaid que reúnen los requisitos y que se basan en la necesidad, el historial de tratamiento y la definición de necesidad médica por parte del estado. Los niveles de servicio son:

Servicios de beneficios básicos

Los servicios de beneficios básicos son servicios de atención médica pensados para ofrecer intervenciones para personas con necesidades de tratamiento por el uso de sustancias o salud mental de menor gravedad. Estos servicios:

- Reflejan el nivel de atención menos restrictivo.
- Proporcionan intervenciones breves para tratar necesidades agudas (inmediatas, pero a corto plazo).
- Se encuentran disponibles a través de la simple referencia de un proveedor de la red de Alliance o del servicios para miembros y destinatarios llamando al 800-510-9132.
- No requieren autorización previa, a menos que necesite más de la cantidad de visitas permitida conforme al plan de beneficios aplicable.
- Generalmente no se asignan a un gerente de cuidado de Alliance.

Entre los ejemplos de servicios básicos, se incluyen las evaluaciones, administración ambulatoria de medicamentos y terapia individual o grupal.

Servicios de beneficios mejorados

Los servicios de beneficios mejorados están pensados para brindar un rango de servicios y apoyos adecuados si necesita recuperarse de tipos más agudos de enfermedad mental o uso de sustancias, o para abordar sus necesidades si tiene una IDD. Estos servicios:

- Incluyen servicios intensivos diseñados para ayudar a mantener a las personas en el entorno del hogar.
- Se accede a estos beneficios por medio del proceso de planificación centrado en la persona del miembro.
- Requieren autorización previa.
- Están muy coordinados para garantizar que usted reciba los servicios correctos sin duplicación (copia) de servicios.

Entre los ejemplos de servicios mejorados, se incluyen el equipo de tratamiento comunitario asertivo (Assertive Community Treatment, ACT), programa de tratamiento ambulatorio intensivo por abuso de sustancias, equipo de apoyo comunitario (Community Support Team, CST), tratamiento diurno, rehabilitación psicosocial y atención intensiva en el hogar (Intensive In-Home, IIH). Se puede asignar un administrador de atención según la necesidad/presentación del miembro a los servicios de crisis o emergencia.

Servicios residenciales

Los servicios residenciales tienen estas características:

- Son proporcionados a personas que requieren tratamiento fuera de sus hogares.
- Requieren siempre autorización previa.
- Se accede a estos beneficios mediante el proceso de planificación centrado en el individuo.
- Se proporcionan en el entorno comunitario menos restrictivo (generalmente, una a seis camas).
- Son sumamente coordinados y puede incluir un administrador de atención según el entorno y la necesidad del miembro.
- Pueden tener limitación de tiempo o ser de mayor plazo.

¿De qué forma puedo recibir atención para niños y adultos sin Medicaid?

Alliance ofrece una variedad de servicios de salud conductual disponible para las personas sin cobertura de Medicaid que satisfacen ciertos requisitos. Para acceder a una lista de los servicios disponibles no financiados por Medicaid, puede visitar nuestro sitio web: AllianceHealthPlan.org. La mayoría de los servicios que no son de Medicaid (financiados por el estado) requiere la autorización previa de Alliance y, para acceder a ellos, usted debe comunicarse con el servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132. Parte del proceso de elegibilidad para recibir servicios que no son de Medicaid se basa en los ingresos de la persona o la familia, además de las necesidades clínicas.

Los condados de Alliance también financian algunos servicios que están disponibles para los residentes de dichos condados, como clínicas de crisis y ambulatorias. Hay algunos servicios en caso de crisis que se encuentran a disposición de las personas dentro de la región de Alliance, independientemente del lugar de residencia o la capacidad de pago de una persona.

¿Soy elegible para recibir servicios que no son de Medicaid?

Toda persona inscrita en Alliance es evaluada para determinar su capacidad de pagar los servicios que no son de Medicaid. La combinación de los ingresos brutos ajustados de una persona y la cantidad de dependientes mostrará si puede pagar. Una persona es elegible para recibir asistencia financiera si los ingresos de su hogar son equivalentes o inferiores al 300 % del nivel de pobreza federal y no cuenta con bienes, financiamiento de terceros ni seguro disponible para pagar los servicios. Si los ingresos de una persona superan este monto, la persona tendrá que pagar la totalidad del costo de los servicios que no son de Medicaid que le fueron prestados.

Para ser elegible para recibir servicios que no son de Medicaid, su proveedor debe inscribirse llamando al servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132. La elegibilidad para recibir servicios que no son de Medicaid se basa en los ingresos, la ciudadanía y la disponibilidad de otros seguros, y se limita a los servicios ofrecidos en el plan de beneficios que no son de Medicaid. Si solicita servicios que no son de Medicaid, su proveedor le pedirá que presente información sobre los ingresos anuales de su hogar para determinar si es elegible.

Los servicios que no son de Medicaid no forman parte de la cobertura médica federal, y la disponibilidad se basa en la financiación que Alliance recibe del estado. Muchos de los servicios disponibles a través de Medicaid no están cubiertos por el plan de beneficios que no son de Medicaid, incluido el tratamiento residencial para niños. Los fondos que no son de Medicaid no pueden usarse para pagar copagos o deducibles conforme a su seguro primario.

Por momentos, las personas que solicitan servicios no financiados por Medicaid pueden incluirse en la lista de espera en estos casos:

- La demanda del servicio supera los recursos disponibles (únicamente cuando los fondos no son de Medicaid).
- Se alcanza la capacidad del servicio, y no hay proveedores disponibles para el servicio no financiado por Medicaid.

Cuando los proveedores informan que el servicio vuelve a estar disponible, o se cuenta con fondos para su prestación, se da aviso al Departamento de Gestión de la Utilización (Utilization Management, UM) de Alliance. El departamento trabaja luego con los proveedores para identificar, en sus listas de espera, a las personas potenciales. El proveedor y el personal del Departamento de UM de Alliance tendrán en cuenta los siguientes factores al seleccionar personas de las listas de espera para que reciban servicios:

- Necesidad del servicio (la persona cumple con el requisito de necesidad médica para el servicio).
- Factores de riesgo, como problemas de seguridad o salud.
- Riesgo de hospitalización o un nivel de atención superior si no se satisface la necesidad.
- La aptitud de los recursos identificados para satisfacer las necesidades de la persona.
- La disponibilidad de otros recursos de financiación para satisfacer las necesidades de la persona.
- La cantidad de tiempo que la persona ha estado en la lista de espera.

Para saber si es elegible para recibir servicios que no son de Medicaid, comuníquese con su proveedor o llame al servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132.

¿Cómo me entero de cambios importantes en los programas y servicios?

Cuando se realiza un cambio significativo en el Plan de salud Alliance, el departamento correspondiente, en conjunto con el director de la Oficina de Asuntos del Paciente y las Familias, y el director de Comunicaciones, redactarán una notificación escrita y darán aviso sobre el cambio a las personas en un plazo de, al menos, 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.

¿Qué es el EPSDT?

El Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) forma parte de la ley federal de Medicaid que exige que Medicaid pague las evaluaciones de detección regulares y determinados servicios para niños y jóvenes menores de 21 años, incluso si los servicios no se incluyen en el Plan de Asistencia Médica del Estado o la exención 1915(b). En North Carolina, la parte de detección de este programa se conoce como “control de salud”.

Medicaid paga los servicios conforme al EPSDT solo si son médicamente necesarios para corregir o aliviar un defecto, una enfermedad mental o física, o una afección identificada a través de una evaluación de detección. El término “aliviar” significa “mejorar o mantener la salud del paciente en el mejor estado posible, compensar un problema de salud, prevenir que empeore o prevenir el desarrollo de problemas médicos adicionales”. La solicitud debe cumplir con ciertos criterios para que Alliance la apruebe conforme al EPSDT:

- La solicitud debe entrar dentro de una categoría de servicios mencionados en el artículo 1905(a) de la Ley de Seguridad Social. Esto significa que la mayoría de los servicios de la exención Innovations no están cubiertos por el EPSDT.
- Se debe determinar que la solicitud es de carácter médico.
- La solicitud debe estar reconocida en general como un método aceptado de una práctica o un tratamiento médicos.
- La solicitud no debe ser un servicio experimental o en investigación.
- La solicitud debe ser para un tratamiento seguro y eficaz.

Los requisitos para la aprobación previa se aplican a los servicios del EPSDT. Si tiene menos de 21 años o es padre o madre de un hijo menor de 21 años, los servicios pueden estar disponibles para usted o su hijo incluso si no están cubiertos por el Plan de salud Alliance. Los límites que se aplican a los servicios de adultos no se aplican a los servicios prestados conforme al EPSDT.

Si usted o su hijo tienen Medicaid, hable con su proveedor o pediatra para averiguar si los servicios necesarios pueden tener cobertura conforme al EPSDT. Si su proveedor no conoce el EPSDT o tiene preguntas, pídale que llame al servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132.

Si usted o su proveedor quieren solicitar un servicio conforme al EPSDT que no está cubierto por el Plan de salud MH/DD/SA de NC y no puede solicitarse de forma electrónica a través del portal de proveedores Alliance Claim System (ACS), llame al 800-510-9132 y un administrador de atención puede ayudarlo con su solicitud.

Si Alliance decide que un servicio solicitado para su hijo elegible para Medicaid no cumple con los criterios del EPSDT, recibirá un aviso formal por escrito y un formulario de apelación con instrucciones. Consulte la sección 10 de este manual para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Sección 6: ¿De qué forma Alliance coordina mi atención?

En esta sección:

- ¿Qué es un sistema de atención?
- ¿Qué es la coordinación de la atención?
- ¿Qué son las poblaciones con necesidades especiales?
- ¿Qué es la Iniciativa de Transiciones a la Vida en la Comunidad (TCLI)?
- ¿Qué es un hogar de salud conductual?
- ¿Qué es un plan centrado en la persona?
- ¿Qué es un plan de apoyo individual?

¿Qué es un sistema de atención?

Un sistema de atención (System of Care, SOC) es un conjunto de asistencia y servicios comunitarios efectivos para niños, adultos y familias con problemas de salud mental y otros desafíos cotidianos. Estos servicios y asistencia están organizados en una red coordinada y creados a partir de sociedades y colaboración. Los valores centrales de un SOC requieren que los servicios sean:

- Culturalmente competentes, con agencias, programas y servicios sensibles y que respondan a las diferencias culturales, raciales y étnicas de las poblaciones a las que prestan servicios.
- Comunitarios, en los que el enfoque de los servicios, al igual que la responsabilidad de la gestión y la toma de decisiones, recaigan en la comunidad.
- Centrados en la persona y enfocados en la familia, donde las fortalezas y las necesidades de la persona, los niños y la familia determinen los tipos de servicios y su coordinación.
- Basados en evidencia para ayudar a garantizar resultados de tratamiento positivos.

El Equipo del Niño y la Familia es parte fundamental del sistema de atención. El Equipo del Niño y la Familia:

- Es seleccionado por la familia.
- Está formado por profesionales, familiares, amigos y asistencia comunitaria, comprometidos a apoyar los objetivos del niño y la familia.
- Se reúne con regularidad y según sea necesario para controlar el progreso alcanzado con el plan de tratamiento.

Si usted o alguien que usted conoce desea obtener más información sobre el sistema de atención, llame al servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132 y pida hablar con el coordinador del SOC de su área.

¿Qué es la coordinación de la atención/gestión de la atención?

La coordinación de la atención/gestión de la atención es un servicio ofrecido para miembros elegibles con necesidades especiales. La coordinación de la atención/gestión de la atención ayuda a garantizar que las personas con necesidades complejas de salud mental, uso de sustancias o IDD reciban evaluaciones adecuadas y planificación integrada del tratamiento, y se vinculen con los servicios correctos. Los coordinadores de atención trabajan con usted, su familia y sus proveedores para lo siguiente:

- Identificar a los miembros que son elegibles para la coordinación de la atención/gestión de la atención a través de sus referencias e informes.
- Asistir a personas con alto riesgo de hospitalización o institucionalización.
- Asistir a miembros que regresan a la comunidad que han estado viviendo en una institución, un hospital o un entorno residencial.
- Administrar sus servicios a lo largo de todo el proceso de atención y vincularlo con el tratamiento correcto.
- Garantizar que reciba las evaluaciones clínicas adecuadas y tenga acceso a especialistas médicos y clínicos.
- Controlar la salud y seguridad de los participantes de la exención Innovations.
- Elaborar un plan de atención.

Los coordinadores de atención también trabajan para involucrar a todos en su equipo de tratamiento para garantizar que reciba una planificación integrada de la atención. Incluye lo siguiente:

- Los proveedores que necesita para lograr sus objetivos de habilitación o tratamiento, que incluyen su médico, dentista u otros especialistas de atención médica que le brindan atención o la apoyan.
- Representantes de las agencias de justicia juvenil o del DSS del condado, u otras personas que identifique que están trabajando con usted y su familia.
- Personas que lo apoyarán incluso tras la interrupción de determinados servicios. Deben ser personas en las que confía, a quién puede llamar cuando necesita ayuda en su vida cotidiana

¿Qué son las poblaciones con necesidades especiales?

Las poblaciones con necesidades especiales están formadas por personas con necesidades que requieren servicios especializados o niveles de atención más altos. Se dice que un individuo tiene necesidades de atención médica especiales según su diagnóstico y las necesidades de servicio determinadas en parte a través del uso de un nivel estandarizado de herramientas de atención, como el criterio ASAM, LOCUS y CALOCUS. ASAM es la sigla de Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción (American Society of Addiction Medicine). LOCUS es el Sistema de Utilización del Nivel de Atención (Level of Care Utilization System), y CALOCUS es el Sistema de Utilización del Nivel de Atención del Niño y el Adolescente (Child and Adolescent Level of Care Utilization System). Ambos sistemas fueron desarrollados por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría Comunitaria.

Estas herramientas, que ayudan a explorar la gravedad de la necesidad, los efectos de los problemas de salud concomitantes, al igual que fortalezas y apoyos, ayudan a Alliance a determinar el nivel de servicio adecuado y la elegibilidad para la coordinación de la atención/gestión de la atención.

Herramientas LOCUS® y CALOCUS®

LOCUS® (diseñada para adultos de 18 años o más) y CALOCUS® (para niños de 7 a 17 años) son herramientas de evaluación y colocación de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría Comunitaria (American Association of Community Psychiatrists, AACP) y la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP). Estas herramientas se centran en el nivel de desempeño de una persona, en lugar de hacerlo simplemente en un diagnóstico. Cuánto más alto sea el puntaje, más apoyos necesita una persona. Una herramienta CALOCUS® no está validada para un adulto con una IDD. No obstante, puede usarse para un niño con una IDD.

Evaluación de CANS

La evaluación integral de necesidades y fortalezas de niños y adolescentes (Child and Adolescent Needs and Strengths, CANS) es una herramienta de dominio abierto que aborda la salud mental de niños, adolescentes y sus familias para apoyar la planificación de la atención y la toma de decisiones. Alliance requiere el uso de la herramienta CANS 0-4 actual para 3 de hasta 6 años. No es necesario que los integrantes del personal que imparten la CANS sean médicos clínicos matriculados, pero deben completar la capacitación en línea y aprobar la prueba de la capacitación. Los proveedores deben conservar los certificados de finalización de la capacitación para el personal responsable de impartir la CANS. No es necesario volver a hacer la capacitación anualmente.

Criterios de la ASAM

Los criterios de la ASAM son desarrollados por la Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción para tomar decisiones del nivel de atención para personas con adicción y afecciones concomitantes. Al igual que LOCUS® o CALOCUS®, se centra en el nivel de desempeño de una persona frente a un simple diagnóstico. Cuánto más alto sea el puntaje, se indican más apoyos según sea necesario.

Herramientas para las IDD

La Escala de Intensidad de Asistencia (Supports Intensity Scale®, SIS®) es una herramienta de evaluación de necesidades pensada para evaluar los requisitos de apoyo práctico de una persona con una IDD a través de una evaluación prolongada. La DHB exige el uso de la SIS® para los participantes de la exención Innovations.

La herramienta de evaluación de necesidades de apoyo de North Carolina (NC Support Needs Assessment Tool, NC-SNAP) es una herramienta de evaluación de necesidades que mide el nivel de intensidad de la necesidad de una persona para recibir servicios y apoyos para una IDD. A las personas con diagnóstico de IDD que reciben apoyos no financiados por Medicaid o que se incluyen en la lista de espera para recibir apoyos que no son de Medicaid se les debe impartir la SNAP todos los años.

Las poblaciones con necesidades especiales designadas para la coordinación de la atención/gestión de la atención de IDD incluyen las siguientes:

- Las personas inscritas en la exención NC Innovations o que son elegibles para Medicaid y están en el registro de necesidades no satisfechas.
- Las personas con IDD, que son funcionalmente elegibles para el nivel de atención de un centro de atención intermedia (Intermediate Care Facility, ICF) para personas con IDD, pero NO están inscritas en NC Innovations o en un centro del tipo ICF/IDD.

- Las personas con IDD que se encuentran actualmente, o han estado dentro de los últimos 30 días, en un centro operado por el Departamento de Correcciones (Department of Corrections, DOC) o el Departamento de Justicia Juvenil y Prevención de la Delincuencia (Department of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, DJJDP) para quienes Alliance ha recibido notificación de alta.

Las poblaciones con necesidades especiales designadas para recibir coordinación de la atención/gestión de la atención de salud mental y/o uso de sustancias incluyen las siguientes:

- Los adultos con enfermedad mental grave y persistente y un nivel actual del LOCUS de VI.
- Los niños con perturbación emocional grave o un nivel actual del CALOCUS de VI, o que se encuentran actualmente, o hayan estado dentro de los últimos 30 días, en un centro operado por el DOC o el DJJDP para quienes Alliance haya recibido notificación de alta.
- Las personas con un diagnóstico de uso de sustancias y un nivel actual de la ASAM de III.7 o II.2D, o superior.
- Las personas con un diagnóstico de trastorno por uso de opioides que hayan informado haber usado drogas por inyección durante los últimos 30 días.
- Las personas con diagnóstico de enfermedad mental y de uso de sustancias, y un nivel actual del LOCUS/CALOCUS de V o superior, o un nivel actual de criterio de colocación de pacientes (Patient Placement Criteria, PPC) de la ASAM de III.5 o superior.
- Las personas con un diagnóstico de IDD y un nivel actual del LOCUS/CALOCUS de IV o superior.
- Las personas con un diagnóstico de IDD y de uso de sustancias, y un nivel de PPC de la ASAM de III.3 o superior.
- Las personas identificadas en el acuerdo de Transiciones a la comunidad del Departamento de Justicia de EE. UU. que tienen una enfermedad mental grave y persistente, y están en proceso de transición de un entorno residencial del tipo institucional a un entorno comunitario.

¿Qué es Transiciones a la Vida en la Comunidad (TCL)?

El estado de North Carolina celebró un acuerdo con el Departamento de Justicia (Department of Justice, DOJ) de los EE. UU. en 2012. El propósito de este acuerdo fue asegurarse de que las personas con enfermedades mentales puedan vivir en sus comunidades en los entornos menos restrictivos de su elección. El Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de NC implementó el acuerdo a través de Transiciones a la Vida en la Comunidad (Transitions to Community Living, TCL).

¿Cuáles son los componentes de TCL?

- Alcance interno: especialistas certificados que brindan apoyo a colegas van a las instituciones y entablan relaciones con las personas para analizar los servicios de salud mental comunitarios y posibles recursos de vivienda.
- Derivación: el proceso de verificación de selección y referencia (Referral Screening Verification Process, RSVP) reemplazará la evaluación de selección de residentes previa a la admisión (Pre-Admission Screening Resident Review, PASRR) para hogares para el cuidado de adultos; se proporciona un proceso más simplificado y efectivo para la selección de poblaciones específicas de la Iniciativa de transiciones a la vida en la comunidad (TCLI)

antes de cualquier admisión en un hogar para el cuidado de adultos a fin de determinar si el candidato tiene una enfermedad mental.

- Planificación de la transición: una vez que una persona es identificada en el área de alcance interno como interesada en servicios de vivienda o salud mental comunitarios, se la asigna a un coordinador de transición. Dicho coordinador ayuda a elaborar un plan de transición a la comunidad para una persona.
- Servicios disponibles:
 - Oportunidades de vivienda con asistencia económica para el arrendamiento.
 - Apoyo con el arrendamiento y la mudanza, la instalación de muebles y artículos del hogar, y la explicación de qué debe hacerse en una emergencia.
 - Servicio de empleo con apoyo y colocación individual (para personas con trastornos por uso de sustancias y de salud mental) para obtener un empleo competitivo en un entorno de trabajo integrado.
 - Asistencia y planificación de incentivos laborales (Work Incentives Planning and Assistance, WIPA) para personas con discapacidades que reciben beneficios del seguro social a fin de ayudarlas a conseguir, conservar y aumentar empleos importantes con el objetivo de mejorar la independencia económica.
 - La asistencia especial en la casa ofrece un complemento en efectivo para ayudar a los adultos con bajos ingresos y en riesgo de colocación en un entorno de atención residencial acreditado para residir en un entorno de vivienda privado.

¿Quién es posiblemente elegible para TCL?

Como parte del acuerdo con el DOJ, el DHHS determinó que los siguientes miembros son posiblemente elegibles para su inclusión en la TCL. La aprobación para la inclusión en el programa de TCL proviene del DHHS y no es determinada por Alliance.

- Personas con enfermedad mental grave y persistente (Severe and Persistent Mental Illness, SPMI) que residen en hogares para el cuidado de adultos que se determinó que son instituciones de enfermedades mentales (IMD).
- Personas con SPMI que residen en hogares para el cuidado de adultos acreditados para, al menos, 50 camas y en los cuales el 25% o más de la población tiene una enfermedad mental.
- Personas con SPMI que residen en hogares para el cuidado de adultos acreditados para entre 20 y 49 camas y en los cuales el 40 % o más de la población tiene una enfermedad mental.
- Personas con SPMI que tienen el alta o se les dará el alta de un hospital psiquiátrico estatal y que no tienen hogar o están en una vivienda inestable.
- Personas derivadas del ingreso en hogares para el cuidado de adultos conforme a la derivación y selección previas a la admisión.

Para obtener más información, visite ncdhhs.gov/transitions-community-living-initiative.

¿Qué es un hogar de salud conductual?

Un hogar de salud conductual es la agencia, determinada por el proveedor de servicios primarios para el miembro, que asistirá en el desarrollo de un plan centrado en el individuo, ofrecerá administración de casos y coordinará todos los demás servicios.

¿Qué es un plan centrado en la persona?

La planificación centrada en la persona es una herramienta del Plan de salud Alliance que ayuda a los miembros a ejercitar la elección y la responsabilidad en el desarrollo y la implementación de sus planes de atención. Ayuda a definir qué es importante para el individuo y permite a las personas mantener discusiones reales y honestas con sus equipos clínicos acerca de sus deseos, necesidades y asistencia. Puede realizarse una vez al año o cada vez que una persona experimente cambios significativos en su vida.

El plan centrado en la persona (Person-Centered Plan, PCP) ayuda a las personas a alcanzar su potencial debido a estas razones:

- Garantiza la máxima participación e inclusión social de la persona en la comunidad.
- Ofrece la oportunidad de que los miembros orienten sus propios planes de atención, con ayuda de sus familias, amigos y proveedores de servicios profesionales.
- Incorpora una variedad de asistencia, que incluye capacitación, terapia, tratamiento y otros servicios necesarios para lograr los objetivos personales del individuo.
- Recurre a una combinación diversa de recursos, que incluyen asistencia pagada y natural para cumplir mejor los objetivos del individuo.

El PCP debe expresar claramente los deseos de la persona. Todos los PCP cumplen estas condiciones:

- Respetan a la persona y a quienes les brindan apoyo.
- Son fáciles de leer y comprender y emplean un lenguaje cotidiano.
- Se elaboran de manera tal que la información sea fácil de encontrar.
- Utilizan ideas completas, pero no necesariamente oraciones completas.
- Tienen detalles o ejemplos suficientes como para sean fácilmente comprendidos por alguien que no conoce a la persona desde hace mucho tiempo.

Las fases de compleción de un PCP son las siguientes:

- Obtención de información/evaluación.
- Organización de la información para revisión/reunión en equipo.
- Desarrollo del PCP.
- Solicitud de aprobación de los servicios incluidos en el PCP.
- Implementación del PCP.

Alliance considera que usted tendrá más probabilidades de recuperarse y permanecer sano si se hace responsable de su propio tratamiento y ayuda a sus proveedores a saber qué cosas funcionan para usted. Al desarrollar un PCP, debe considerar lo siguiente:

- ¿Qué ha sucedido en su vida durante el último año?
- ¿Cómo desea que sea su vida?
- ¿Desea ser voluntario o tener un trabajo pago?
- ¿Dónde le gustaría vivir y con quién?
- ¿Qué mejoraría el lugar en donde vive y la forma en que vive?
- ¿Qué asistencia necesita para conservar las cosas importantes de su vida?
- ¿Qué cosas cambiaría de su vida, si pudiera hacerlo?
- ¿Qué parte del día le gusta más y por qué?
- ¿Tiene suficiente dinero para pagar todas las actividades que le gustaría hacer?

- ¿Qué tipo de persona es la mejor persona de ayuda para usted?
- ¿Cuál es su estado de salud? ¿Tiene alguna inquietud acerca de su salud en general?

¿Qué es un plan de apoyo individual (ISP)?

Si es un participante incluido en la exención Innovations, elaborará un plan de apoyo individual (Individual Support Plan, ISP) con su gerente de cuidado asignado, quien lo ayudará a administrar su atención, lo vinculará con los servicios y apoyos necesarios, y acudirá a visitas regulares a fin de asegurarse de estar sano y seguro. El paquete del ISP lo describe como persona, sus gustos, sus disgustos, qué es importante para usted, sus objetivos y los servicios y apoyos que necesita para vivir una vida integrada en la comunidad que usted elija.

El proceso del ISP:

- El plan de atención cubre un período de hasta 12 meses que transcurre desde el primer día del mes siguiente al mes de nacimiento del participante hasta el último día del mes del nacimiento. Su gerente de cuidado se comunicará con usted para programar una reunión de planificación en las semanas previas a su mes de cumpleaños.
- Durante el proceso de planificación, su gerente de cuidado le explicará los diferentes servicios y los límites de beneficios y requisitos en la exención Innovations para dichos servicios.
- Su gerente de cuidado trabajará con usted, sus apoyos naturales y su proveedor para elaborar un plan de atención que incluya los servicios que usted quiera solicitar durante el tiempo que quiera hacerlo.
- El plan de atención debe usarse para planificar la atención de todo el año y debe incluir los servicios que espera necesitar en cualquier momento durante el año.
- Si desea modificar o agregar servicios durante el año del plan, puede pedirle a su gerente de cuidado que lo ayude a solicitar el cambio escribiendo una actualización de su plan de atención en cualquier momento.
- Su gerente de cuidado elaborará una versión preliminar del plan de atención según sus deseos y necesidades, revisará el plan con usted antes de firmarlo, responderá cualquier pregunta que tenga y hará todos los cambios en el plan que usted solicite antes de pedirle que lo firme.
- Su gerente de cuidado nunca le pedirá que firme un plan que no contenga el nivel o tipo de servicios que desea. Si cree que necesitará los servicios durante todo el año del plan, no se le pedirá que firme un plan de atención que no solicite dichos servicios para todo el año del plan.
- Usted o su persona responsable legalmente (Legally Responsible Person, LRP) debe firmar el plan de atención una vez que esté completo. Debe tener un plan de atención firmado para recibir servicios a través de la exención Innovations. Esto significa que debe firmar un plan que contenga el nivel de servicios que usted desea solicitar, que puede ser diferente de lo que Alliance apruebe.
- El Departamento de Gestión de la Utilización de Alliance evalúa la necesidad médica de los servicios y apoyos solicitados en su paquete del plan de atención y tomará una decisión dentro de los 14 días, a menos que se necesite más información. El departamento es independiente de la coordinación de la atención/gestión de la atención de Alliance. Su gerente de cuidado no toma la decisión sobre si los servicios que usted solicita son médicamente necesarios.
- Si no se aprueba completamente algún servicio solicitado en su paquete del plan de atención, recibirá una explicación escrita de dicha decisión e información sobre la forma en que puede presentar una apelación.

Sección 7: ¿De qué forma encuentro un proveedor para mi atención?

En esta sección:

- ¿De qué forma elijo un proveedor?
- ¿De qué forma cambio de proveedores?
- ¿De qué forma Alliance garantiza servicios de calidad?
- ¿Qué tipos de proveedores están disponibles en la red de Alliance?
- ¿Dónde están ubicados los proveedores?
- ¿Cómo pago mi atención?
- ¿Qué es el Comité de Derechos Humanos?
- ¿Qué es la competencia cultural?

¿De qué forma elijo un proveedor?

Cuando llame a Alliance para acceder a los servicios, se le ofrecerá elegir entre, al menos, dos proveedores. En la mayoría de los casos, podemos brindar información para ayudarlo a elegir un proveedor.

- Nombre del proveedor.
- Dirección/Ubicaciones del proveedor.
- Números de teléfono.
- Los servicios que el proveedor presta (tipo o categoría).
- Calificaciones de los proveedores.
- Si el proveedor acepta pacientes nuevos (a veces se denominan “referidos aceptados”).
- El tipo de seguro aceptado (Medicaid o distinto de Medicaid).
- La especialidad del proveedor (por ejemplo, salud mental, etc.).
- Las adaptaciones especiales hechas, como acceso para sillas de ruedas, asistencia para personas con dificultades auditivas y los idiomas hablados o los traductores disponibles.
- La disponibilidad dentro de las 30 o 45 millas, según dónde viva en un área urbana (como un pueblo o una ciudad) o áreas rurales (como áreas no incorporadas fuera de los límites de la ciudad en el “campo”).
- La capacitación en diversidad cultural hecha por el proveedor.

Pregunte a amigos, parientes, médicos y otras personas en las que confía a quiénes le recomendarían como terapeutas o proveedores de servicios. Establecer una relación con su proveedor mejora la calidad de la atención. Los proveedores deben tratarlo como persona, no como un diagnóstico. Usted se merece una relación terapéutica importante y una atención de buena calidad. Estas son algunas sugerencias respecto de la elección de un proveedor:

- Seleccione un proveedor cuando se sienta bien y pueda comunicar sus necesidades de manera eficaz.
- Busque alguien que esté predispuesto a responder sus preguntas.
- La búsqueda de un proveedor que conozca las afecciones secundarias que usted pueda tener, como diabetes, afecciones pulmonares, hepatitis o cardiopatía.
- Trate de encontrar un profesional que esté dispuesto a formar parte de un equipo que trabaje con usted para estar lo más sano posible.

Una vez que elija un proveedor, lleve lo siguiente con usted a su primera cita:

- Una lista de sus medicamentos (recetados y de venta libre).
- Una lista de sus hospitalizaciones y una lista de los programas a los que haya asistido (y si los recuerda).
- Una copia de su tarjeta de identificación de Medicaid y otra tarjeta de seguro, si corresponde.
- Una lista de afecciones secundarias, como las mencionadas anteriormente.

La mayoría de las citas con un médico o psiquiatra tardará solamente de 15 a 20 minutos. Puede solicitar una cita más larga si tiene inquietudes particulares.

Alliance trabaja para conservar una lista electrónica actualizada de los proveedores y puede tenerla a su disposición desde nuestro sitio web, al hacer clic en “Find a Provider” (Encontrar un proveedor) en la parte superior de cada página. También puede acceder al Directorio de proveedores de Alliance en AllianceHealthPlan.org/wp-content/uploads/Provider-Directory.pdf o llamar a Alliance al 800-510-9132 y pedir que le envíen una copia por correo.

Un proveedor que ha cumplido con los criterios establecidos para la inscripción y presta servicios en los condados donde Alliance brinda cobertura es elegible para formar parte de la red de proveedores y se considera un proveedor de la red. Un proveedor de la red tiene un contrato con nosotros para prestar servicios. Alliance no ofrece planes de incentivos para médicos a miembros de su red de proveedores.

¿De qué forma cambio de proveedores?

En nuestra red de proveedores, tiene derecho a cambiar de proveedores. Tiene derecho a considerar los proveedores que está consultando actualmente y solicitar un cambio si es necesario llamando al 800-510-9132 o hablando con su gerente de cuidado. Alliance se esfuerza por tener suficientes proveedores inscritos en la red para ofrecer opciones a los miembros.

Cuando un proveedor abandona la red (ya sea por elección o de otro modo), Alliance se comunicará con todos los miembros actualmente en tratamiento con ese proveedor. Alliance hará todo el esfuerzo posible por informar a cada miembro por escrito en el lapso de 30 días antes de que el proveedor abandone la red.

¿De qué forma Alliance garantiza servicios de calidad?

Creemos que es nuestra responsabilidad monitorear de cerca a los proveedores que prestan sus servicios y apoyos. Todos los proveedores de la red de Alliance deben completar un proceso de solicitud integral que incluye la acreditación, confirmación con la División de Beneficios para la Salud (DHB) de NC de cualquier problema con un proveedor existente y visitas en el lugar. También hacemos investigaciones de reclamos, monitoreo centrado y evaluaciones posteriores al pago de proveedores en nuestra red para garantizar atención de calidad y evitar situaciones de fraude y abuso de fondos públicos.

Nuestro equipo de quejas formales e incidentes de gestión de calidad investiga todos los reclamos recibidos sobre proveedores en nuestra red, si dichos reclamos provinieron de usted, familiares, participantes de la comunidad o nuestro personal. Si corroboramos un reclamo, es posible que se le pida al proveedor implementar un plan de corrección. O bien podemos tomar medidas contra el proveedor, que pueden incluir hasta la desvinculación de nuestra red de

proveedores. También monitoreamos los incidentes críticos presentados por nuestros proveedores contratados en el sistema de mejora de respuesta ante incidentes (Incident Response Improvement System, IRIS) de NC.

También contamos con una unidad de investigaciones especiales conformada por investigadores certificados que investigan acusaciones de fraude, derroche y abuso en nuestro programa de atención administrada de Medicaid. Este equipo identifica y recupera los sobrepagos hechos a proveedores de nuestra red y refiere las acusaciones de fraude a la División de Investigaciones de Medicaid de la Oficina del Fiscal General de NC. Estas investigaciones son confidenciales.

Nos comprometemos a ofrecer un sólido programa de gestión de calidad (Quality Management, QM) que garantice el acceso a la atención, una red de proveedores correctamente calificados y una gama integral de servicios de salud conductual e IDD clínicamente adecuados que cumplan con los estándares de calidad. Este programa ayuda a asegurarse de que sus servicios sean de gran calidad, incluidos los servicios prestados en entornos ambulatorios, de hospitalización, residenciales y comunitarios. Nuestro Comité de Mejora de la Calidad explora las formas en las que podemos mejorar con proyectos para abordar el acceso a la atención, la calidad de la atención y el desempeño de los proveedores de la red.

¿Qué tipos de proveedores conforman la red de Alliance?

Agencias

Un proveedor basado en una agencia es una empresa (con o sin fines de lucro) que presta servicios de salud mental, IDD o uso de sustancias. Los empleados de la agencia prestan el servicio al miembro, y la dirección de la agencia garantiza que los empleados cumplan con las calificaciones para prestar servicios y cumplir todos los demás requisitos del contrato entre Alliance y el proveedor basado en la agencia. Los empleados que son médicos matriculados deben estar acreditados por Alliance.

Centros de atención médica de administración estatal

El estado de North Carolina supervisa y administra 14 centros de atención médica de administración estatal que brinda tratamiento a adultos y niños con enfermedad mental, IDD, trastornos por uso de sustancias y necesidades neuromédicas.

Consultorios grupales y proveedores de atención médica independientes matriculados

Los consultorios grupales y proveedores de atención médica independientes matriculados incluyen los siguientes:

- Médicos.
- Psicólogos en ejercicio (doctorados).
- Colegas psicólogos matriculados (Licensed Psychological Associates, LPA).
- Trabajadores sociales clínicos matriculados (Licensed Clinical Social Workers, LCSW).
- Terapeutas familiares y matrimoniales matriculados (Licensed Marriage and Family Therapists, LMFT).
- Asesores profesionales matriculados (Licensed Professional Counselors, LPC).
- Especialistas clínicos en adicción matriculados (Licensed Clinical Addiction Specialists, LCAS).
- Personal de enfermería clínica especializado en prácticas avanzadas.
- Personal de enfermería especializado en psiquiatría.
- Asistentes médicos matriculados.

Estos consultorios grupales y proveedores de atención médica tienen contratos con Alliance y forman parte de la red de Alliance. Los consultorios grupales son grupos de proveedores de atención médica que han creado una entidad corporativa a los fines de facturación. Estos proveedores de atención médica generalmente comparten el espacio del consultorio y ofrecen solo servicios de terapia ambulatoria.

Instalaciones hospitalarias

En la red, también hay inscritos hospitales con instalaciones psiquiátricas para pacientes internados o programas psiquiátricos para pacientes ambulatorios. A los hospitales que prestan servicios de emergencia a miembros con diagnósticos de salud conductual en el alta se les paga por estos servicios conforme a un acuerdo fuera de la red.

La mayoría de los servicios estará disponible dentro de un radio de 30 millas de su hogar a través de proveedores de la red. Sin embargo, es posible que algunos proveedores especialistas se encuentren en otros condados. Alliance lo ayudará a ubicar a un proveedor que pueda satisfacer sus necesidades y se encuentre lo más cerca posible de su hogar.

Tiene derecho a acceder a servicios de emergencia y atención posestabilización en cualquier lugar que brinde atención de emergencia sin la autorización previa de Alliance. Si es necesario hospitalizar pacientes, su atención se revisará de forma rutinaria para determinar su necesidad médica.

¿Puedo recibir servicios de un proveedor fuera de la red?

Alliance cuenta con proveedores de la red y fuera de la red que pueden estar en el área de Alliance, fuera del área de Alliance o incluso fuera del estado.

Servicios de emergencia

No hay un proceso especial para que reciba servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente del lugar del proveedor.

Servicios que no son de emergencia de proveedores fuera de la red

Es posible que usted deba pagar los servicios si visita a un proveedor fuera de la red para recibir servicios que no son de emergencia y que no han sido autorizados previamente por Alliance. El proveedor fuera de la red deberá comunicarse con Alliance para cumplir con el proceso fuera de la red y organizar la documentación necesaria para recibir el pago. Para recibir una autorización previa, llame al servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132 para obtener más información.

¿Cómo pago mi atención?

Para que Alliance pague los servicios de forma total o parcial, debe estar inscrito en el sistema de Alliance. Llame al servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132 si tiene preguntas sobre la elegibilidad. Algunos servicios que no son de Medicaid (financiados por el estado, servicios móviles para crisis) se prestan sin costo alguno.

¿Qué es el Comité de Derechos Humanos?

El Comité de Derechos Humanos protege los derechos de las personas que reciben servicios. El comité está conformado por miembros, familiares y miembros de la Junta. Su proveedor también debe tener un

Comité de Derechos Humanos según lo exigido por su contrato con Alliance. Llame a su proveedor para obtener más información. También debe llamar a Alliance para obtener más información.

Los proveedores deben contar con un proceso que le permita presentar reclamos y quejas formales sobre sus servicios. Los proveedores deben documentar todos los reclamos recibidos y deben referir toda inquietud o reclamo sin resolución a Alliance. Los proveedores deben comunicarle su proceso de reclamo y queja formal cuando comience por primera vez a recibir servicios o siempre que solicite una copia. También deben informarle sobre sus derechos y responsabilidades.

¿Qué es la competencia cultural?

Queremos que nuestro sistema de servicios refleje la particularidad de nuestras comunidades locales, mejore la calidad de los servicios y permita a los miembros determinar las opciones disponibles. Competencia cultural significa “la prestación de servicios de manera culturalmente competente para todos los miembros, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés y diversos orígenes étnicos y culturales”. Alliance fomenta que nuestra red de proveedores desarrolle competencia cultural para brindar el más alto nivel de calidad de la atención para todas las personas.

Queremos que nuestros proveedores logren los siguientes objetivos en relación con la competencia cultural:

- Los proveedores se involucrarán más en la comunidad de personas a las que prestan servicios. Esto puede incluir la participación en eventos comunitarios, grupos de debate y consejos asesores comunitarios.
- Los proveedores y su personal estarán más al tanto de las diferencias étnicas, raciales, regionales y culturales para desarrollar una prestación de servicio más respetuosa, libre de condiciones o prácticas ofensivas.
- Los proveedores y su personal estarán mejor instruidos sobre cómo prestar servicios de manera óptima a personas étnica- y culturalmente diversas, y cómo eliminar las barreras para el tratamiento, como el idioma y la interpretación.

Si cree que el personal que le presta servicios no comprende su idioma o sus condiciones religiosas, culturales, educativas o sociales, tiene derecho a pedir un cambio en el personal a fin de satisfacer mejor sus necesidades.

Sección 8: ¿De qué forma Alliance toma decisiones sobre mi atención?

En esta sección:

- ¿Qué es una autorización previa?
- ¿Cuánto tiempo le lleva a Alliance tomar una decisión sobre mi solicitud?
- ¿Qué es la necesidad médica?
- ¿Qué otras guías sigue Alliance?
- ¿Qué es la revisión externa por expertos?
- ¿Qué sucede si el servicio que necesito no está disponible?
- ¿Puedo solicitar un nuevo tratamiento o servicio?

Las regulaciones federales de Medicaid nos exigen que evaluemos las solicitudes de autorización y tomemos decisiones sobre si los servicios que su proveedor solicita son médicamente necesarios. Este proceso nos ayuda a hacer un seguimiento del tipo y la cantidad de servicios, y la frecuencia con la que se usan. Nuestro Departamento de Gestión de la Utilización cuenta con médicos clínicos experimentados que evalúan las solicitudes de servicios. Toman decisiones para garantizar que usted reciba la atención correcta, en el grado correcto y en el momento correcto.

Alliance no ofrece incentivos que desalentarían las solicitudes o la aprobación de solicitudes de servicios. No ofrecemos incentivos para que los contratistas o el personal de gestión de utilización denieguen, reduzcan, cancelen, suspendan, limiten o interrumpan los servicios médicamente necesarios para cualquier miembro. Tampoco ofrecemos planes de incentivos para médicos.

Nuestra toma de decisiones se basa en su elegibilidad, sus necesidades, su historial de tratamiento y si el servicio solicitado es médicamente necesario y cumple con los requisitos de las reglas aplicables. Estas reglas incluyen el Plan de Asistencia Médica del Estado de NC, los criterios de la exención 1915(b)/(c), las políticas de cobertura clínica, las definiciones de servicio, las restricciones del plan de beneficios y las guías para la práctica clínica. Para los beneficiarios de Medicaid menores de 21 años, también evaluamos las solicitudes en relación con los criterios del Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT). El EPSDT se explica en la sección 5.

Las políticas de cobertura clínica y las definiciones de los servicios son emitidas por la División de Beneficios para la Salud (Division of Health Benefits, DHB) de NC y la División de Servicios de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Abuso de Sustancias (DMH/DD/SAS) de NC. No son elaborados por Alliance y están sujetos a cambios con un aviso relativamente corto. Cada definición de servicio enumera los criterios, los límites y las exclusiones para dicho servicio que Alliance debe seguir cuando evalúa las solicitudes de autorización.

Para obtener más información sobre el Plan de Asistencia Médica del Estado de NC, visite el sitio web de la DHB en dma.ncdhhs.gov. Para hacer preguntas sobre los límites o las exclusiones en los servicios, llame a nuestro servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132.

¿Qué es una autorización previa?

Medicaid exige que evaluemos y autorizemos algunos servicios antes de su prestación. La autorización contempla las fechas y las cantidades de servicios prestados.

Generalmente, todos los servicios cubiertos del Plan de salud Alliance requieren autorización previa, con las siguientes excepciones:

Servicios básicos

- Servicios básicos: 24 sesiones para pacientes ambulatorios médicamente necesarias que no requieren ninguna autorización. Si necesita sesiones adicionales, el proveedor debe presentar una solicitud de autorización ante Alliance.
- Evaluación psiquiátrica y tratamiento psiquiátrico en curso.
- Terapia grupal de hasta 52 sesiones anuales.

Servicios para crisis y de emergencia

Los servicios para crisis siempre se prestan ante una emergencia. Alliance les reembolsará a los proveedores los servicios para crisis o de emergencia documentados en cualquier momento independientemente de la autorización previa o si el proveedor está inscrito en la red de Alliance. Los miembros con Medicaid que reciben servicios para crisis o de emergencia se inscribirán en el Plan de salud Alliance lo antes posible.

La fecha de inscripción será la fecha de prestación de los servicios para crisis o de emergencia. Debe estar inscrito en nuestro sistema antes de que pueda recibir otros servicios que no sean de emergencia. Su proveedor debe saber qué servicios requieren autorización previa, o bien puede llamar a nuestro servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132 para obtener información.

Los proveedores solicitan servicios completando un formulario de solicitud de autorización de servicio (Service Authorization Request, SAR) a través del portal electrónico de proveedores Alliance Claim System (ACS). Su proveedor debe incluir documentación para demostrar que el servicio es necesario para usted.

Recuerde que es importante asistir a sus citas dentro del plazo de autorización. Una vez que hayan pasado las fechas de su autorización, deberá obtener más autorizaciones de Alliance para los servicios incluso si no usó todos los servicios autorizados.

¿Cuánto tiempo le lleva a Alliance tomar una decisión sobre mi solicitud?

Plazo para hacer la evaluación clínica
Urgente: 72 horas
No urgente: 14 días calendario
<p>Para los casos urgentes y no urgentes, Alliance puede extender este período una vez hasta un máximo de 14 días calendario, lo cual puede ser solicitado por un miembro o proveedor por escrito:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si Alliance determina que es necesaria una extensión por cuestiones ajenas a su control.• Si Alliance avisa al miembro antes del vencimiento del período inicial de 14 días calendario sobre las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la que el plan espera tomar una decisión.• Si una agencia proveedora no presenta la información necesaria para tomar una decisión sobre el caso, el aviso de extensión debe describir específicamente la información requerida, y la agencia proveedora debe disponer de, al menos, 14 días calendario desde la recepción del aviso para responder a la solicitud de más información por parte del plan.

¿Qué es la necesidad médica?

Las personas que reciben atención deben cumplir con los criterios de necesidad médica para la cantidad y la duración del servicio solicitado para tratar su afección específica. Las personas sin Medicaid que son elegibles y cumplen los criterios de necesidad médica recibirán servicios hasta el grado en que esté disponible la financiación para servicios que no son de Medicaid.

Usamos los criterios de necesidad médica al determinar la atención adecuada para los miembros del Plan de salud Alliance. El tratamiento médicamente necesario incluye procedimientos, productos y servicios que cumplen estas condiciones:

- Son necesarios y adecuados para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento paliativo, curativo o reconstituyente de una afección de salud mental o por uso de sustancias.
- Son necesarios para abordar áreas de dificultades, como cuidado personal, comunicación, movilidad, toma de decisiones, vida independiente y autosuficiencia económica.
- Cumplen con las políticas de cobertura clínica de Medicaid y los estándares nacionales o basados en evidencia, boletines, normas u otras guías emitidas por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de NC o sus divisiones, o son verificados por expertos clínicos independientes al momento de prestación de los procedimientos, productos y servicios.
- Se prestan en el entorno más redituable y menos restrictivo que se ajusta a las buenas normas clínicas de atención.
- No se prestan solamente para su conveniencia, la de su familia, cuidador o proveedor.
- No tienen fines experimentales, de investigación, no demostrados o estéticos.
- Son proporcionados o supervisados por médicos autorizados por las leyes estatales en la especialidad en la cual prestan los servicios y conforme al Plan de Asistencia Médica del Estado de NC, el Código Administrativo de North Carolina, las políticas de cobertura médica de Medicaid y otras leyes, reglas, reglamentaciones e instrucciones estatales y federales correspondientes.
- Son suficientes en cantidad, alcance y duración para lograr su fin de manera razonable.

- Se relacionan de manera razonable con el diagnóstico para el cual se recetan en relación con el tipo, la intensidad y la duración del servicio, y los entornos de tratamiento.

Los tratamientos médicamente necesarios están diseñados para lo siguiente:

- Brindarse junto con un plan centrado en la persona en función de una evaluación integral y elaborarse con usted o con un niño, la familia del niño (o su tutor) y un equipo comunitario.
- Brindarse junto con un plan de apoyo individual.
- Cumplir con cualquier instrucción anticipada que haya preparado.
- Responder a las necesidades particulares de minorías culturales y lingüísticas.
- Prevenir la necesidad de tratamiento o institucionalización involuntarios.

No es necesario que “no cumpla con los requisitos” de un nivel de atención más bajo para ser elegible para uno mayor.

¿Qué otras guías sigue Alliance?

Nuestro Departamento de UM usa guías para la práctica clínica, herramientas de apoyo de decisiones clínicas (como LOCUS[®], CALOCUS[®], CANS, ASAM, SIS[®] y NC-SNAP) y otros estándares clínicos para evaluar si la atención es eficaz y adecuada. Los proveedores usan estas guías como orientación para brindar atención basada en evidencia eficaz.

También le recomendamos que use estas guías para elegir opciones sobre decisiones del tratamiento. Las guías para la práctica están destinadas a mejorar la atención al ayudarlos a usted y al proveedor a tomar buenas decisiones médicas. Se basan en investigaciones, son publicadas por organizaciones ampliamente conocidas, como la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, y han demostrado ayudar a las personas con sus problemas. Las pautas que usamos están aprobadas por un comité local de personas que reciben servicios, familiares, personal y profesionales clínicos.

Para obtener una lista completa de los criterios de gestión de utilización o para solicitar una copia de nuestras guías para la práctica clínica, llame a nuestro servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132 o visite AllianceHealthPlan.org. Si cree que su proveedor no sigue estas guías, llame al 800-510-9132 e infórmenos sus inquietudes.

Si no nos informa sus inquietudes, no podemos mejorar la atención que recibe.

¿Qué es la revisión externa por expertos?

Si los administradores de atención determinan que el servicio solicitado no cumple con los criterios, la solicitud será revisada por un psicólogo o médico matriculado (revisión externa por expertos), quien no participó en la decisión original, para tomar una decisión definitiva. Solos los encargados de la revisión externa por expertos pueden decidir denegar, reducir o cancelar un servicio solicitado para usted.

En algunos casos, pueden recomendarse otros niveles o tipos de servicios. Si Alliance decide denegar, reducir o interrumpir un servicio solicitado para usted, le enviaremos a usted o a su tutor un aviso con instrucciones por escrito y un formulario para presentar una apelación. La sección 10 de este manual ofrece información detallada sobre cómo hacerlo. Nuestro objetivo es asegurarnos de que las personas reciban el tipo y las cantidades de servicio correctos en el momento correcto, brindando el tratamiento más eficaz y eficiente posible.

¿Qué sucede si el servicio que necesito no está disponible?

Si tiene Medicaid, trataremos de encontrar un proveedor de la red para su atención. Si no hay un proveedor de la red disponible, trabajaremos arduamente para encontrar un proveedor fuera de la red. Nuestro trabajo es asegurarnos de que los proveedores estén a su disposición. Solo lo incluiremos en una lista de espera para recibir los servicios si se da una de estas situaciones:

- Solicita una vacante para la exención Innovations y no hay ninguna disponible (estas vacantes las asigna el estado, y Alliance no contra la cantidad de vacantes disponibles).
- La demanda de servicios supera los recursos disponibles (únicamente cuando los fondos no son de Medicaid).
- No hay proveedor disponible para un servicio (por ejemplo, si todas las camas para pacientes internados o residenciales están ocupadas).

Alliance conserva una lista de espera de servicios para pacientes internados y residenciales a capacidad o servicios que no son de Medicaid sujetos a las limitaciones de financiación y recibe un aviso cuando los proveedores informan vacantes o cuando hay disponible financiación para los servicios. Posteriormente, el equipo identifica posibles candidatos a partir de la lista de espera.

Se consideran los siguientes factores cuando se seleccionan personas a partir de la lista de espera para recibir servicios:

- Necesidad del servicio.
- Factores de riesgo, como problemas de seguridad o salud.
- Riesgo de hospitalización o un nivel de atención superior si no se satisface la necesidad.
- La aptitud de los recursos identificados para satisfacer sus necesidades.
- La disponibilidad de otros recursos de financiación para satisfacer sus necesidades.
- La cantidad de tiempo que ha estado en lista de espera.
- Para los ámbitos grupales, la compatibilidad con otras personas que reciben tratamiento. En algunos casos, las personas en entornos residenciales tienen opciones sobre compañeros de vivienda preferidos (servicios para adultos).

Luego se le dará una lista de proveedores calificados, y puede seleccionar de allí. Si la vacante está dentro de un programa identificado, el programa recibe una lista de personas elegibles.

El comité de admisiones del proveedor evaluará a los solicitantes y hará una selección en función de los factores identificados anteriormente. Las personas referidas desde centros regionales de desarrollo, instalaciones estatales de salud mental o instalaciones estatales de tratamiento por uso de sustancias recibirán la misma consideración para las referencias de la comunidad. Hacer que la gente regrese a la comunidad es una alta prioridad para Alliance.

¿Puedo solicitar un nuevo tratamiento o servicio?

Alliance siempre está interesada en aprender sobre nuevos tratamientos o terapias para determinar si deben ser beneficios cubiertos. Evaluamos nuevos avances en salud conductual, estudios gubernamentales e investigaciones externas revisadas por expertos a medida que están disponibles para determinar si los expertos han acordado que los nuevos tratamientos son seguros y efectivos.

Los nuevos tratamientos y terapias demostrados deben dar resultados que sean tan buenos o mejores que los beneficios cubiertos que Alliance ofrece actualmente. Puede llamar al gerente de

cuidado en cualquier momento que necesite un nuevo tratamiento o servicio. Si no le han asignado un gerente de cuidado, puede llamar al 800-510-9132 para solicitar a Alliance que considere un nuevo servicio. Las solicitudes de nuevos tratamientos son revisadas por nuestro director médico.

Sección 9: ¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

En esta sección:

- ¿Cuáles son mis derechos?
- Si soy menor de edad, ¿tengo algún derecho?
- ¿Cuáles son mis responsabilidades?
- ¿Puedo recomendar cambios en las políticas y los servicios de Alliance?
- ¿Cuáles son mis derechos en una instalación abierta las 24 horas o en un hogar para el cuidado de adultos?
- ¿Cuáles son mis derechos si tengo una IDD?
- ¿Qué son los derechos restringidos?
- ¿Qué hago si creo que se han infringido mis derechos?
- ¿Qué es el consentimiento informado?
- ¿Qué sucede si no puedo tomar una decisión sobre mi atención?
- ¿Pierdo mis derechos si tengo un tutor?
- ¿Puedo recuperar mi competencia?
- ¿Cuáles son mis derechos de privacidad?

Si usted tiene Medicaid a través de alguno de los condados de la región de Alliance, es miembro del Plan de salud Alliance. Como miembro del Plan de salud Alliance, tiene derechos y responsabilidades para su atención. Tiene la libertad de ejercer esos derechos, los cuales no afectarán de manera negativa el trato que recibe por parte de Alliance ni de sus proveedores.

¿Cuáles son mis derechos?

Los Estatutos Generales y el Código Administrativo de North Carolina describen las reglas y regulaciones sobre los derechos humanos que tiene permitido:

- Derecho a recibir información sobre Alliance, sus servicios, sus proveedores/médicos y los derechos y las responsabilidades de los miembros presentados de manera adecuada según su capacidad de comprensión.
- Derecho a ser tratado con respeto y al reconocimiento de su dignidad y derecho a la privacidad.
- Derecho a participar con proveedores/médicos en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica.
- Derecho a mantener una conversación sincera con proveedores/médicos acerca de las opciones de tratamiento adecuadas o necesarias desde el punto de vista médico para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de los beneficios. Es posible que tenga que decidir entre opciones de tratamiento relevantes, riesgos, beneficios y consecuencias, incluido su derecho a negarse a un tratamiento y expresar sus preferencias sobre las decisiones de tratamientos futuros, independientemente del límite de cobertura de los beneficios.
- Derecho a expresar quejas formales sobre Alliance o la atención recibida por parte de los proveedores pertenecientes a la red de Alliance.
- Derecho a apelar cualquier decisión de Alliance de negar, reducir, suspender o dar por finalizado un servicio solicitado.
- Derecho de las personas que viven en hogares para el cuidado de adultos a informar cualquier sospecha de violación de los derechos a la autoridad reguladora correspondiente.

- Derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.
- Derecho a estar libre de cualquier limitación o reclusión que se pueda utilizar como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Derecho a rechazar el tratamiento.
- Derecho a solicitar y recibir una copia de su historia clínica, sujeto al privilegio terapéutico, y a solicitar una enmienda o corrección en la historia clínica. Si el médico o el terapeuta determinan que esto sería perjudicial para su bienestar físico, puede solicitar que la información se envíe a un médico o profesional de su elección.
- Si usted está en desacuerdo con la información que aparece en su historia clínica, tiene derecho a escribir una declaración para que la adjunten a su archivo. No obstante, las notas originales también se conservarán en la historia clínica hasta que finalice el estatuto de limitaciones, conforme al programa de retención de salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias (11 años en el caso de los adultos, 12 años después de que un menor cumple 18 años, 15 años en el caso de registros de conducción bajo los efectos de drogas o alcohol [Driving Under the Influence, DUI]).
- Derecho a obtener una segunda opinión de un profesional de atención médica calificado dentro de la red, o bien, Alliance coordinará una cita para que el miembro reciba una opinión fuera de la red, sin costo alguno para el miembro.
- Derecho a participar en el desarrollo de un plan de tratamiento centrado en el individuo que se origine a partir de las necesidades, las fortalezas y las preferencias personales. Se debe implementar un plan de tratamiento dentro de los 30 días de comenzar a recibir los servicios.
- Derecho a participar en el desarrollo y la revisión periódica de su plan de tratamiento y aceptar los objetivos del tratamiento incluidos en el plan.
- Derecho a la libertad de expresión y a la libertad de culto.
- Derecho a la igualdad de oportunidades laborales y educativas.
- Derecho a recibir un tratamiento en el entorno más natural, adecuado a la edad y menos restrictivo posible.
- Derecho a hacer preguntas cuando no entiende algún aspecto relacionado con su atención o lo que debe hacer.
- Derecho a obtener servicios de traducción oral gratuitos.
- Derecho a recomendar cambios en las políticas y los servicios de Alliance.

Los miembros tienen la libertad de ejercer esos derechos, los cuales no afectarán de manera negativa el trato que ellos reciben por parte de Alliance ni de sus proveedores.

Si soy menor de edad, ¿tengo algún derecho?

Los menores de edad tienen derecho a aceptar algunos tratamientos sin el consentimiento de sus padres o tutores:

- Para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
- Para servicios relacionados con el embarazo.
- Para servicios que abordan el uso de alcohol u otras sustancias.
- Para servicios que ayudan con dificultades emocionales.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Además de sus derechos como miembro del Plan de salud Alliance, puede asegurarse de obtener los mejores resultados para usted si asume las siguientes responsabilidades:

- Buscar ayuda cuando la necesita y llamar a su proveedor o a Alliance, si usted está en crisis.
- Proporcionar (en la medida en que sea posible) toda la información que Alliance y sus proveedores necesitan para atenderlo, incluso información sobre sus problemas de salud.
- Seguir los planes y las instrucciones de atención que usted ha acordado con sus proveedores.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados mutuamente, en la medida de lo posible, al informar al médico, personal de enfermería u otro proveedor de servicios cualquier cambio en su salud y realizar preguntas cuando no entienda algún aspecto relacionado con su atención o lo que debe hacer.
- Invitar a personas que le serán de utilidad y ayuda a participar en la planificación de su tratamiento.
- Tratar de cumplir los objetivos de su plan centrado en la persona.
- Respetar los derechos y las pertenencias de otras personas y del personal de Alliance y de los proveedores.
- Respetar la privacidad y la seguridad de otras personas.
- Acudir a todas las consultas programadas que pueda y llegar a tiempo.
- Cancelar la consulta al menos 24 horas antes, si no puede acudir.
- Cumplir con sus obligaciones financieras conforme a su contrato establecido.
- Informar al personal acerca de cualquier afección médica que sea contagiosa.
- Tomar los medicamentos como se los recetaron.
- Informar a su médico si presenta efectos secundarios desagradables por los medicamentos, o si estos no parecen ayudarlo a sentirse mejor.
- Evitar ir de médico en médico tratando de obtener más recetas de las que necesita.
- Informar a su médico o terapeuta si no está de acuerdo con sus recomendaciones.
- Informar a su médico o terapeuta si desea terminar el tratamiento y cuándo.
- Llevar con usted su tarjeta de Medicaid u otro seguro en todo momento y no permitir que amigos, familiares u otras personas utilicen su tarjeta de Medicaid.
- Colaborar con las personas que intentan ayudarlo.
- Seguir las normas estipuladas en los programas de los servicios de día, de noche o de 24 horas.
- Ser considerado con otras personas y sus familiares.
- Buscar otros servicios de asistencia en su comunidad.
- Leer o que alguien le lea los avisos escritos que envía Alliance sobre cambios en los beneficios, los servicios o los proveedores.
- Al dejar un programa, solicitar un plan de alta, comprenderlo y comprometerse a seguirlo.

¿Puedo recomendar cambios en las políticas y los servicios de Alliance?

Los miembros tienen derecho a recomendar cambios en las políticas y los servicios de Alliance. Para hacerlo, pueden enviar sus recomendaciones por correo electrónico al gerente de Participación de los miembros, tgardner@AllianceHealthPlan.org, o por correo postal a:

Alliance Health Member Engagement Manager
5200 W. Paramount Parkway, Suite 200
Morrisville, NC 27560

¿Cuáles son mis derechos en una instalación abierta las 24 horas o en un hogar para el cuidado de adultos?

Si recibe atención en una instalación abierta las 24 horas o en un hogar para el cuidado de adultos, tiene los derechos enumerados anteriormente. También tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir la atención médica necesaria si está enfermo. Si su seguro no cubre el costo, entonces usted será responsable del pago.
- Recibir una respuesta razonable a las solicitudes hechas al administrador o al personal de la instalación.
- Recibir en la admisión y durante la estadía una declaración por escrito de los servicios prestados por la instalación y los cargos por estos servicios.
- Recibir una notificación cuando el DHHS emita una licencia provisional (temporal) o un aviso de revocación (anulación) de la licencia y la base sobre la cual se emitió la licencia provisional o el aviso de revocación de la licencia. También se notificará a su familiar o tutor responsable.
- Enviar y recibir correo sin abrir y tener acceso a material escrito, franqueo y asistencia del personal si así lo solicita.
- Ponerse en contacto y consultar con un defensor de miembros.
- Ponerse en contacto y consultar a un abogado, su propio médico u otros profesionales privados. Esto será a su cargo, no a expensas de la instalación.
- Ponerse en contacto y consultar con sus padres o tutor legal en cualquier momento si es menor de 18 años.
- Hacer y recibir llamadas telefónicas confidenciales (privadas). Todas las llamadas de larga distancia serán a su cargo, no a expensas de la instalación.
- Recibir visitas entre las 8:00 a. m. y las 9:00 p. m. Los horarios de visita deben estar disponibles seis horas por día. Dos de esas horas deben ser después de las 6:00 p. m. Si es menor de 18 años, los visitantes no pueden interferir en la escuela o el tratamiento.
- Comunicarse y reunirse con personas que desean comunicarse y reunirse con usted. Esto puede ser bajo supervisión si su equipo de tratamiento considera que es necesario.
- Hacer visitas fuera de las instalaciones, a menos que se haya incluido en su plan centrado en la persona que esto no se recomienda.
- Salir a espacios exteriores todos los días y acceder a instalaciones o equipos para hacer ejercicio físico varias veces por semana.
- Tener espacio de almacenamiento individual para sus pertenencias privadas que pueda cerrarse con llave y que sea solo accesible para usted, el administrador o el supervisor a cargo.
- Mantener pertenencias personales y ropa, excepto aquellos artículos que están prohibidos por la ley.
- Guardar y gastar una suma responsable de su propio dinero. Si la instalación guarda su dinero por usted, puede examinar la cuenta en cualquier momento.
- Participar en el culto religioso si lo desea.
- Conservar una licencia de conducir, a menos que no sea mayor de edad o un tribunal de justicia se lo haya prohibido.
- No ser transferido o dado de alta de una instalación, excepto por razones médicas, su bienestar o el de otra persona, falta de pago o si lo exige la ley estatal o federal. Se le debe avisar con 30 días de anticipación, excepto en casos de seguridad para usted u otros. Puede apelar una transferencia o alta hospitalaria (de acuerdo con las reglas de la Comisión de Atención Médica) y puede permanecer en el centro hasta la resolución de la apelación.

¿Cuáles son mis derechos si tengo un diagnóstico de discapacidad intelectual o del desarrollo (IDD)?

Si su discapacidad principal es una IDD, tiene derecho a la continuidad de la atención. Si se le da de alta de un centro residencial y aún necesita atención residencial, el proveedor DEBE proporcionarle un aviso por escrito con 60 días de anticipación según lo establecido en la ley Estatuto general 122C-63, "Garantía de continuidad de la atención". Esto le da tiempo para encontrar una nueva residencia. Este derecho existe siempre y cuando no haya cometido ningún acto ilegal o no sea una amenaza para la seguridad de otros.

¿Qué son los derechos restringidos?

Sus derechos solo pueden restringirse por razones relacionadas con su atención o tratamiento por parte de su equipo de tratamiento. Debe ser parte de su equipo de tratamiento y del proceso de toma de decisiones. Tiene el derecho a tener un defensor o alguien de su confianza involucrado. La restricción de sus derechos debe pasar por un Comité de Derechos Humanos para su aprobación. Cualquier restricción se documentará y guardará en su registro médico.

¿Qué hago si creo que se han infringido mis derechos?

Si se han infringido sus derechos, comuníquese con el servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132. Puede presentar una queja formal o un reclamo en persona o por teléfono. No tiene que dar su nombre. Si cree que se ha infringido su información médica protegida, puede presentar un reclamo ante Alliance llamando al servicios para miembros y destinatarios al 800-510-9132.

También puede ponerse en contacto por este medio:

NC Division of Health Benefits Privacy Officer
2501 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-2501
Teléfono: 919-855-4100

Las personas que viven en hogares para el cuidado de adultos tienen el derecho de informar a la División de Regulación de Servicios de Salud (Division of Health Service Regulation, DHSR) de NC cualquier sospecha de violación de sus derechos como miembro.

DHSR Complaint Unit
2711 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-2711
Teléfono: 800-624-3004 (en NC) o 919-855-4500
Fax: 919-715-7724
Horario: de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:00 p. m.

¿Qué es el consentimiento informado?

Tiene derecho a que se le informe de antemano sobre los posibles riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento, incluido el derecho a negarse a participar en estudios clínicos. Tiene derecho a consentir o rechazar cualquier tratamiento, a menos que se aplique una de las siguientes opciones:

- Es una situación de emergencia.
- No es un paciente voluntario.
- El tratamiento es ordenado por un tribunal de justicia.
- Tiene menos de 18 años, no ha sido emancipado y el tutor da el permiso.

¿Qué sucede si no puedo tomar una decisión sobre mi atención?

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre su tratamiento por adelantado. Existen tres tipos de Instrucciones anticipadas. Las Instrucciones anticipadas consisten en documentos legales que le permiten dar a conocer sus deseos en caso de que no pueda tomar decisiones por usted mismo.

Los tres tipos son:

- Instrucciones psiquiátricas anticipadas o instrucciones anticipadas para la atención de salud mental.
- Poder para la atención médica.
- Testamento en vida.

Instrucciones psiquiátricas anticipadas

Las instrucciones psiquiátricas anticipadas (Psychiatric Advance Directive, PAD), disponibles en [medicaid.ncdhhs.gov/documents/advanced-directives](https://www.medicaid.ncdhhs.gov/documents/advanced-directives), o las instrucciones anticipadas para la atención de salud mental consisten en un documento legal que establece las instrucciones para el tratamiento de salud mental que desearía recibir ante una crisis y si no es capaz de tomar decisiones por usted mismo. Su proveedor de servicios o gerente de cuidado debe ser capaz de asistirlo en la preparación de este documento.

Las instrucciones dan información sobre:

- Lo que piensa que lo ayuda a calmarse.
- Lo que piensa acerca de los tratamientos de aislamiento y electrochoque.
- Qué medicamentos no desea tomar.
- Qué médico desea que esté a cargo de su tratamiento.

Estas son decisiones que puede tomar antes de cualquier situación en la que no pueda comunicar sus deseos sobre su atención y proporcionar instrucciones específicas que debe seguir un médico

o psicólogo. Se seguirán las instrucciones que incluya en las PAD si un médico o psicólogo elegible determina que usted es incapaz de tomar y comunicar decisiones de tratamiento. Sus instrucciones pueden anularse si está confinado de acuerdo con la ley de confinamiento civil.

Si su proveedor no está de acuerdo con alguna parte de la instrucción anticipada (debido a una “cuestión de conciencia” u objeción personal), debe proporcionar (por escrito) por qué no está de acuerdo, incluir detalles de la ley que permite las objeciones y describir las afecciones médicas involucradas. Puede elegir ver un nuevo proveedor. Sus instrucciones pueden anularse también si está confinado de acuerdo con la ley de confinamiento civil.

Poder para la atención médica

Un poder para la atención médica le permite designar a una persona para que pueda tomar decisiones por usted en caso de no poder tomar sus propias decisiones en relación con el tratamiento. Este documento le otorga a la persona que designe como su representante de atención médica amplios poderes para tomar decisiones de atención médica por usted cuando usted no puede tomar la decisión por su cuenta o no puede comunicar su decisión a otras personas. Debe discutir sus deseos con respecto a las medidas para prolongar la vida, el tratamiento de salud mental y otras decisiones de atención médica con su representante de atención médica.

Excepto en la medida en que exprese limitaciones o restricciones específicas en este formulario, su representante de atención médica puede tomar cualquier decisión de atención médica que usted pueda tomar por su cuenta.

Testamento en vida

Un testamento en vida es un documento a través del cual se informa a los demás qué clase de atención usted desea o si desea tener una muerte natural en caso de padecer una enfermedad terminal y no poder recibir alimentación ni respirar por sus propios medios.

Estos tres documentos deben ser escritos y firmados por usted mientras tenga la capacidad de comprender su afección y las opciones de tratamiento y mientras pueda dar a conocer sus deseos. Los tres tipos de Instrucciones anticipadas deben incluir a dos personas calificadas como testigos. El testamento en vida y el poder para la atención médica deben estar notariados.

Guarde una copia de sus instrucciones anticipadas en un lugar seguro y entregue copias a su familia, a su equipo de tratamiento, a su médico y al hospital en donde probablemente reciba tratamiento. También puede tener sus instrucciones anticipadas archivadas en una base de datos nacional o registradas en el Registro de Instrucciones Anticipadas para la Atención Médica de North Carolina, que forma parte del Departamento de la Secretaría de Estado de North Carolina (sosnc.gov). Se cobra una tasa de \$10 para el registro. Esto incluye registro, formulario de revocación, tarjeta de registro y contraseña. Puede usar el formulario de revocación en cualquier momento si cambia de parecer y sus instrucciones.

Si su proveedor no está de acuerdo con alguna parte de la instrucción anticipada (debido a una “cuestión de conciencia” u objeción personal), debe proporcionar (por escrito) por qué no está de acuerdo, incluir detalles de la ley que permite las objeciones y describir las afecciones médicas involucradas. Puede elegir ver un nuevo proveedor. Sus instrucciones pueden anularse también si está confinado de acuerdo con la ley de confinamiento civil.

Sus instrucciones anticipadas permanecen activas hasta que usted las cancela. Puede cancelar o cambiar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento, a menos que haya sido declarado incompetente. Si cancela o cambia sus instrucciones anticipadas, asegúrese de comunicar el cambio a todas las personas que tengan una copia.

¿Pierdo mis derechos si tengo un tutor?

Las personas que no tienen la capacidad de tomar y comunicar decisiones importantes sobre sus asuntos personales y financieros pueden ser declaradas incompetentes por un tribunal y se les puede asignar un tutor para ayudarlas a ejercer sus derechos. Si ha sido declarado incompetente, su tutor es legalmente designado por el tribunal para tomar decisiones por usted y actuar como su defensor. Sin embargo, su tutor debe darle la oportunidad de participar lo más plenamente posible en todas las decisiones que afecten su vida.

Las personas que son declaradas incompetentes y a quienes el tribunal les asigna un tutor conservan todos los derechos legales y civiles, excepto los derechos otorgados al tutor por el tribunal. Debe leer la orden de tutela cuidadosamente. A menudo incluye un lenguaje que reserva algunos de sus derechos, como su derecho a vincularse con sus propios amigos, tomar decisiones sobre dónde vive o tomar decisiones de atención médica.

¿Puedo recuperar mi competencia?

Si ha sido declarado incompetente, puede revocar su tutela y posiblemente recuperar su competencia (decisión de un juez sobre su capacidad legal para tomar decisiones). Usted, el tutor o cualquier otra persona interesada puede pedirle al secretario del Tribunal Superior que vuelva a abrir el caso. La solicitud comienza presentando una moción o petición por escrito ante el secretario del condado donde se administra la tutela.

Para recuperar la competencia, debe demostrar que puede administrar sus propios asuntos y tomar y comunicar decisiones importantes. Si se restablece la competencia, se destituye al tutor.

La restauración parcial de algunos derechos también es una opción. Para obtener más información sobre la tutela, comuníquese con la oficina local del Departamento de Servicios Sociales (DSS).

¿Cuáles son mis derechos de privacidad?

Aviso de prácticas de privacidad de Alliance

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

Fecha de entrada en vigencia de este aviso: 23 de septiembre de 2013

Conforme lo exige la ley, Alliance Healthcare (“Alliance”) deberá mantener la privacidad de su información médica y proporcionarle un aviso sobre sus obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto de su información médica. Si tiene preguntas acerca de alguna parte de este Aviso o si desea obtener más información sobre las prácticas de privacidad de Alliance Healthcare, comuníquese con el funcionario encargado de privacidad por teléfono al 800-510-9132, o bien, a la siguiente dirección: 5200 W. Paramount Parkway, Suite 200, Morrisville, NC 27560.

Comprensión de su historia clínica y su información médica

Cada vez que usted visita a un proveedor de atención médica, se realiza un registro de su visita. Generalmente, este registro contiene sus síntomas, evaluaciones, diagnóstico, plan de tratamiento y recomendaciones sobre el tratamiento. Estos registros también pueden divulgar o revelar que usted es un beneficiario de los beneficios de bienestar público. Esta información médica protegida (Protected Health Information, PHI), que con frecuencia se denomina historia clínica, sirve como base para la planificación de su tratamiento y como medio de comunicación entre los proveedores de servicios que participan en su atención, como un documento legal que describe su atención y sus servicios, y como verificación para usted o un tercero pagador que los servicios facturados fueron prestados. Puede utilizarse, además, como fuente de datos para garantizar el control continuo, de nuestra parte, de la calidad de los servicios y los resultados de medición.

Comprender qué se incluye en su historia clínica y de qué manera, cuándo y cómo utilizamos la información lo ayuda a tomar decisiones informadas al autorizar la divulgación de información a los demás. Su información médica no será divulgada sin su autorización, a menos que así lo requieran o lo permitan las leyes, las reglas o las reglamentaciones federales y estatales.

Nuestras responsabilidades

Alliance debe proteger y asegurar la información médica que hemos generado o recibido acerca de su estado de salud pasado, actual o futuro, la atención médica que le proporcionamos o el pago por la atención médica que recibe. Solo se nos permite utilizar y divulgar información médica protegida de la forma en que se describe en este Aviso. Este aviso está publicado en nuestro sitio web y nosotros le proporcionaremos una copia impresa de este Aviso a pedido.

Cómo Alliance Healthcare puede utilizar o divulgar su información médica

Las siguientes categorías describen de qué manera Alliance puede usar o divulgar su información médica. Todo uso o divulgación de su información médica se limitará a la mínima información necesaria para llevar a cabo el objetivo del uso o de la divulgación. Para cada categoría de usos y divulgaciones, explicaremos qué queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se indicarán todos los usos o las divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información quedarán incluidas en una de las categorías.

Tenga en cuenta que solo podemos usar o divulgar los registros de abuso de alcohol y drogas con su consentimiento o según lo específicamente permitido de acuerdo con la ley federal. Estas excepciones se incluyen en la página siguiente.

Funciones de pago

Podremos usar o divulgar su información médica para determinar su elegibilidad para los beneficios del plan, obtener primas, facilitar el pago de los tratamientos y servicios que recibe de los proveedores de atención médica, determinar la responsabilidad del plan respecto de los beneficios y para coordinar los beneficios. La información médica puede compartirse con otros programas del Gobierno como Medicare, Medicaid o NC Health Choice, o con seguros privados para administrar su necesidad médica de servicios de atención médica, determinar si un tratamiento en particular es experimental o de investigación, o bien, para determinar si un tratamiento está cubierto por su plan.

Operaciones de atención médica

Podremos usar y divulgar su información médica para llevar a cabo actividades necesarias relacionadas con la atención administrada/el seguro. Por ejemplo, dichas actividades pueden incluir la calificación de la prima y otras actividades relacionadas con la cobertura del plan; la realización de una evaluación de la calidad y actividades de mejoramiento, tales como el manejo y la investigación de reclamos; la presentación de reclamaciones de cobertura con límite de pérdidas ("stop-loss"); la realización o disposición de revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraude y abuso, y la planificación, la gestión y la administración general de negocios.

Tratamiento

Alliance Healthcare no es un proveedor de tratamiento, pero algunas de nuestras funciones requieren que hagamos una referencia para una evaluación o que realicemos otras actividades como ayudar a formular un plan de tratamiento, coordinar atención, tratamientos y servicios adecuados y efectivos, o bien, programar una consulta con otros proveedores de atención médica y de la salud conductual. También podemos divulgar su información médica a proveedores de tratamiento de emergencia cuando necesite servicios de emergencia. Además, podemos comunicar y compartir información con otros proveedores de servicios de salud conductual que tengan contratos con Alliance o entidades gubernamentales con las que tenemos acuerdos de asociación comercial. Por ejemplo, hospitales, centros autorizados, médicos matriculados, proveedores de servicios comunitarios y entidades gubernamentales como cárceles y escuelas locales. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información médica a nuestros contratistas para que puedan brindarle sus servicios y le facturen a usted o a un tercero pagador por los servicios prestados. Exigimos al contratista que salvaguarde su información adecuadamente. Tenemos la obligación de darle la oportunidad de oponerse antes de que se nos permita compartir su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) con otra entidad afectada por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), como su médico de atención primaria u otro tipo de proveedor de atención de la salud física. Si desea oponerse a que compartamos su PHI con estos tipos de proveedores, entonces usted debe firmar un formulario que será conservado en su expediente y nosotros debemos, por ley, respetar su solicitud.

Requerimiento legal

Alliance puede usar y divulgar su información médica según lo requerido por ley. Algunos ejemplos en los que se nos exige por ley que compartamos información limitada incluyen, entre otros: PHI relacionada con su atención/tratamiento con sus parientes más cercanos, familiares u otra persona que esté involucrada en su atención; con organizaciones como la Cruz Roja durante una emergencia; para informar cierto tipo de heridas u otros daños físicos; y en la medida necesaria para cumplir con las responsabilidades cuando se examina o interna a un consumidor para recibir tratamiento hospitalario.

Salud pública

Su información médica puede transmitirse a una autoridad de salud pública u otra autoridad gubernamental correspondiente autorizada por ley a recabar o recibir información para fines relacionados con la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades; la notificación a la Administración de Drogas y Alimentos sobre problemas con productos y reacciones a medicamentos, y la notificación de exposición a enfermedades o infecciones.

Actividades de supervisión de la salud

Podemos divulgar su información médica a agencias de salud, reguladoras o supervisoras durante el transcurso de auditorías, investigaciones, inspecciones, certificaciones y otros procedimientos relacionados con la supervisión del sistema de atención médica. Por ejemplo, la información médica puede ser revisada por investigadores, auditores, contadores o abogados que se aseguran de que cumplimos con diversas leyes; o para realizar una auditoría de su expediente a fin de garantizar que no se haya entregado información sobre usted a otra persona de alguna manera que infrinja este Aviso.

Procedimientos judiciales y administrativos

Podemos divulgar su información médica en respuesta a una citación u orden judicial en el transcurso de cualquier procedimiento administrativo o judicial, en el transcurso de cualquier procedimiento administrativo o judicial requerido por ley (como una medida de certificación), para fines de pago (como una medida de recaudación) o para fines de un litigio que se relaciona con operaciones de atención médica en las que Alliance es una de las partes del procedimiento.

Seguridad pública/Cumplimiento de la ley

Podemos divulgar su información médica a las personas adecuadas para prevenir o mitigar un peligro o una amenaza graves o inminentes respecto de la salud o la seguridad de una persona en particular o del público general, o cuando hay probabilidades de que se cometa un delito grave o un delito menor con violencia.

Seguridad nacional

Podemos divulgar su información médica en pos de la seguridad militar, de penitenciaria y nacional.

Indemnización laboral

Podemos divulgar su información médica según sea necesario para cumplir con las leyes de indemnización laboral o similares.

Comercialización

Podemos ponernos en contacto con usted para brindarle información acerca de servicios y beneficios relacionados con la salud que podrían interesarle. Si recibimos una remuneración de un tercero por proporcionarle a usted información sobre otros productos o servicios (además de los recordatorios de reabastecimiento de los medicamentos o disponibilidad del fármaco genérico), obtendremos su autorización para compartir información con este tercero.

Divulgaciones a los patrocinadores del plan

Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de salud grupal con el fin de administrar los beneficios del plan. Si tiene un plan de salud grupal, su empleador es el patrocinador del plan.

Investigación

En ciertas circunstancias y solo con posterioridad a un proceso especial de aprobación, podremos usar y divulgar su información médica para ayudar a llevar a cabo una investigación.

Aplicabilidad de leyes estatales más estrictas

Algunos de los usos y las divulgaciones descritos en este Aviso pueden estar limitados en algunos casos por leyes o normas estatales aplicables que son más estrictas que las leyes o reglamentaciones federales, como las divulgaciones relacionadas con la salud mental, el abuso de sustancias, las discapacidades intelectuales/del desarrollo, el abuso de alcohol y otras drogas (Alcohol and Other Drug Abuse, AODA) y las pruebas de VIH.

Uso y divulgación de información médica sin su autorización

Las leyes federales exigen o permiten que divulguemos su información médica, como los registros de abuso de alcohol y drogas, a otras personas en situaciones específicas en las que usted no tiene que dar su consentimiento, autorizar o tener la oportunidad de aceptar u objetar el uso y la divulgación. Antes de divulgar su información médica, de acuerdo con alguna de estas excepciones, evaluaremos cada solicitud a fin de garantizar que solo se dé a conocer la información necesaria.

Estas situaciones incluyen, entre otras, las siguientes:

- al Departamento de Servicios Sociales u órgano de cumplimiento de la ley de un condado para informar abuso, negligencia o violencia doméstica;
- para responder a una citación u orden judicial;
- al personal calificado para investigación, auditoría o evaluación de programas;
- a un proveedor de atención médica que presta servicios de emergencia médica;
- a las autoridades adecuadas si nos enteramos de que usted podría dañar gravemente a otra persona o propiedad (como Alliance) en el futuro o que tiene la intención de cometer un delito de violencia o autolesionarse;
- a los fines de la comunicación interna, como se describe anteriormente; o
- a agencias de organización de servicios calificados, cuando corresponda (estas agencias deben aceptar atenerse a las leyes federales).

Las evaluaciones del Sistema de Rendimiento del Programa y Resultados de Tratamientos de North Carolina (North Carolina Treatment Outcomes and Program Performance System, NC-TOPPS) se encuentran dentro de la excepción por evaluación o auditoría de las reglamentaciones federales de confidencialidad (Título 42 del CFR, Parte 2, y Título 45 del CFR, Partes 160 y 164). La información que identifica al paciente obtenida a través de la NC-TOPPS puede divulgarse sin el consentimiento del paciente a la División de Servicios de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Abuso de Sustancias (DMH/DD/SAS) de North Carolina, y a contratistas autorizados, conforme a la excepción por evaluación y auditoría. La DMH/DD/SAS o sus contratistas autorizados pueden volver a divulgar toda información que identifique a un paciente únicamente al centro de proveedores designado y a la LME/MCO asignada del paciente para los cuales se presentó esta información.

En qué casos Alliance no puede usar ni divulgar su información médica protegida

Excepto según lo descrito en este Aviso, Alliance no usará ni divulgará su información médica sin su autorización por escrito. Si nos autoriza a utilizar o divulgar su información médica para otro fin, podrá revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

Si revoca su autorización, ya no podremos usar ni divulgar su información médica por los motivos cubiertos en su autorización escrita, pero no podremos recuperar las divulgaciones ya hechas con su permiso.

- Su autorización es necesaria para la mayoría de los usos y las divulgaciones de las anotaciones de psicoterapia.
- Su autorización es necesaria para toda divulgación de información médica en la que el plan de salud recibe una compensación.
- Su autorización es necesaria para la mayoría de los usos y las divulgaciones de los registros de abuso de alcohol y drogas (las excepciones se mencionan más arriba).

Declaración de sus derechos relativos a la información médica

Aunque su información médica es propiedad física de Alliance, dicha información le pertenece. Usted tiene derecho a solicitar, por escrito, ciertos usos y divulgaciones de su información médica.

Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica. No estamos obligados a aceptar ninguna restricción que usted solicite. Para hacer una solicitud de restricción, debe presentar su solicitud por escrito al funcionario encargado de privacidad en la dirección que se indica más abajo. Le haremos saber si podemos cumplir con la restricción o no.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Usted tiene derecho a recibir su información médica a través de un medio alternativo razonable o en una ubicación alternativa. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar su solicitud por escrito al funcionario encargado de privacidad en la dirección que se indica más abajo. No tenemos obligación de aceptar su solicitud.

Derecho a inspección y copia

Usted tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia electrónica o impresa de su información médica, que puede ser utilizada para tomar decisiones acerca de los beneficios de su plan. Para inspeccionar y recibir una copia de su información, debe presentar una solicitud por escrito al funcionario encargado de privacidad en la dirección que se indica más abajo. Si solicita una copia de la información, podríamos cobrarle una tarifa razonable para cubrir los gastos asociados a su solicitud. En algunas situaciones, no podremos responder favorablemente a su solicitud de revisión de registros.

Derecho a solicitar una enmienda

Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos su información médica, si considera que es incorrecta o que está incompleta. No estamos obligados a cambiar su información médica y si su solicitud es rechazada, le proporcionaremos información sobre nuestro rechazo y la manera en la que puede apelarlo. Para solicitar una enmienda, debe presentar su solicitud por escrito al funcionario encargado de privacidad en la dirección que se indica más abajo. También debe proporcionar un motivo para su solicitud.

Derecho a una notificación de las divulgaciones

Usted tiene derecho a recibir una lista o una notificación de las divulgaciones de su información médica hechas por nosotros en los últimos seis años, con la excepción de que no tenemos que notificar las divulgaciones hechas para los fines de funciones de pago, operaciones de atención médica de tratamiento o las divulgaciones hechas por usted. Para solicitar esta notificación de las divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al funcionario encargado de privacidad a la dirección que se indica más abajo. Proporcionaremos una lista o una notificación por cada periodo de 12 meses sin cargo; es posible que le cobremos por listas o notificaciones adicionales.

Le informaremos el costo y puede optar por retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en costos. Se aplican algunas excepciones.

Derecho a una copia

Tiene derecho a recibir una copia electrónica de este Aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa de este Aviso, envíe una solicitud escrita al funcionario encargado de privacidad a 5200 W. Paramount Parkway, Suite 200, Morrisville, NC 27560. También puede obtener una copia de este Aviso en AllianceHealthPlan.org/consumers-families/consumer-rights/notice-of-privacy-practices/.

Derecho a ser notificado sobre una violación

Usted tiene derecho a ser notificado en caso de que nosotros (o uno de nuestros asociados comerciales) descubramos una violación de su información médica protegida no asegurada. Se le notificará sobre dicha violación de acuerdo con los requisitos federales.

Si desea recibir una explicación más detallada de estos derechos o si desea ejercer uno o más de estos derechos, comuníquese con el funcionario encargado de privacidad a la siguiente dirección: 5200 W. Paramount Parkway, Suite 200, Morrisville, NC 27560; o bien, por teléfono al 800-510-9132.

Cambios a este Aviso y distribución

Alliance Health se reserva el derecho a modificar este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro y poner en práctica las nuevas disposiciones del aviso vigentes para toda la información médica que conserva. Como su plan de salud, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso cuando se inscriba en el plan y le recordaremos, al menos cada tres años, dónde puede encontrar nuestro Aviso y cómo puede obtener una copia del Aviso, si desea recibirla. Si tenemos más de un Aviso de prácticas de privacidad, le proporcionaremos el Aviso correspondiente a usted. El aviso se proporciona y corresponde al beneficiario de Medicaid nombrado o a otra persona inscrita en el plan.

Como un plan de salud que mantiene un sitio web en el que se describe nuestro servicio de atención al cliente y los beneficios, también publicamos en nuestro sitio web el Aviso de prácticas de privacidad más reciente, el que describirá la manera en la que su información médica puede ser usada y divulgada, así como los derechos que tiene con respecto a su información médica. Si se hace un cambio importante en nuestro Aviso, publicaremos información relativa a este cambio en el sitio web para que usted pueda revisarla. Asimismo, luego de la fecha del cambio importante, incluiremos una descripción del cambio que ocurrió e información acerca de cómo obtener una copia del Aviso revisado en cualquier correspondencia anual conforme a la Parte 438 del Título 42 del CFR.

Reclamos

Los reclamos sobre este Aviso de prácticas de privacidad o sobre la manera en la que manejamos su información médica deben dirigirse al funcionario encargado de privacidad a la siguiente dirección: 5200 W. Paramount Parkway, Suite 200, Morrisville, NC 27560, o bien, por teléfono al 800-510-9132. Alliance no tomará represalias contra usted de ninguna manera por presentar un reclamo. Todos los reclamos hechos ante Alliance deben presentarse por escrito. Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar un reclamo ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ o por teléfono al 800-368-1019.

Historial de Aviso de prácticas de privacidad de Alliance Health (Alliance Behavioral Healthcare)

Fecha original de aprobación: Junio de 2012

Revisado: 23 de septiembre de 2013 (actividades eliminadas que incluyen recaudación de fondos, información genética y suscripción, investigación; información agregada a los Derechos a ser notificados de una violación; cambios a NCTOPPS; uso o divulgación adicional de abuso de sustancias con consentimiento o según lo permitido).

Revisado: 15 de agosto de 2017 (se agregó el historial de cambios al Aviso de prácticas de privacidad)

Sección 10: ¿Cómo presento una apelación o una queja formal?

En esta sección:

- ¿Qué es una apelación?
- ¿Cómo presento una apelación de una determinación adversa de beneficios?
- ¿Qué es una solicitud de reconsideración?
- ¿Qué registros debo guardar?
- ¿Puedo recibir servicios durante mi revisión de reconsideración?
- ¿Se puede acelerar mi solicitud de revisión de reconsideración?
- ¿Se puede extender el plazo de revisión de reconsideración?
- ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión?
- ¿Cómo presento una apelación formal ante la Oficina de audiencias administrativas?
- ¿Quién es responsable de mis servicios mientras mi apelación está pendiente?
- ¿Puedo apelar una decisión sobre servicios que no son de Medicaid?
- ¿Se puede acelerar mi solicitud de revisión de reconsideración que no es de Medicaid?
- ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión?
- ¿Qué es una queja formal?
- ¿Cómo presento una queja formal?
- ¿Qué es el proceso de queja formal?
- ¿Qué sucede si no estoy satisfecho con la respuesta a mi queja formal de Medicaid?
- ¿Qué sucede si no estoy satisfecho con la respuesta a mi queja formal que no es de Medicaid?
- ¿Qué registros debo guardar?
- ¿Puedo obtener asistencia legal?
- ¿Cómo presento un reclamo?
- ¿Qué hace Alliance cuando recibe un reclamo?
- ¿Qué sucede si no estoy satisfecho con la respuesta a mi reclamo?

Queremos que comprenda su derecho a solicitar apelaciones y presentar quejas formales. Los beneficiarios de Medicaid tienen el derecho constitucional al debido proceso. El debido proceso significa que tiene derecho a un aviso por escrito y a la oportunidad de ser escuchado. Nuestro sistema de apelaciones de Medicaid se basa en este derecho fundamental al debido proceso.

¿Qué es una apelación?

Una apelación significa “una solicitud de revisión de una determinación adversa de beneficios”. Una determinación adversa de beneficios se define de la siguiente manera:

- Alliance niega o niega de forma parcial una solicitud de servicios para usted.
- Alliance reduce, suspende (interrumpe) o termina (finaliza) la autorización de un servicio que actualmente está autorizado a recibir.
- Alliance niega el pago total o parcial de sus servicios autorizados.
- Alliance no garantiza que reciba los servicios de manera oportuna, según lo definido por el estado.

- Alliance no cumple con los plazos de queja formal y apelación descritos en esta sección.
- Alliance niega su solicitud de disputar un pasivo financiero (o responsabilidad), incluidos costos compartidos, copagos, primas, deducibles, coseguros y otros pasivos financieros.
- Alliance no le permite obtener servicios fuera de la red, pero solo si vive en un área rural y no hay un proveedor de red disponible para brindar el servicio.

Usted, su tutor o un representante, incluso su proveedor, que tiene su consentimiento (o permiso) por escrito para actuar en su nombre, pueden presentar una apelación ante Medicaid. Alliance se asegura de que no se tomen medidas punitivas (cualquier tipo de castigo) contra usted o el proveedor que solicita o respalda la apelación de un miembro.

Antes de que la determinación adversa de beneficios sea definitiva, recibirá una carta en la que se explica cómo apelar la determinación adversa de beneficios. En la mayoría de los casos, si apela adecuadamente la determinación adversa de beneficios siguiendo las instrucciones de la carta, sus servicios continuarán hasta el final del período de autorización original.

Alliance garantiza que los miembros no sean desalentados, obligados (forzados) o mal informados (con información incorrecta) sobre el tipo, la cantidad y la duración (tiempo) de los servicios que pueden solicitar. Además, Alliance no desalienta, obliga (fuerza) o desinforma (da información incorrecta) a los miembros sobre el derecho de apelar el rechazo, la reducción o la terminación (interrupción) de un servicio.

Nota: Si apela un rechazo de una solicitud de un nuevo servicio, Alliance no continuará autorizando el servicio solicitado durante un período de apelación.

Si Alliance reduce, suspende (interrumpe) o termina (finaliza) una autorización de servicio vigente, Alliance debe notificarle por escrito, al menos, 10 días calendario antes de dicha determinación adversa de beneficios. Si Alliance rechaza una solicitud de un nuevo servicio, se le notificará por escrito cuando se tome la decisión de rechazo. Se le notificará por escrito del proceso para apelar una determinación adversa de beneficios en la carta de determinación adversa de beneficios. Es muy importante que siga todas las instrucciones que figuran en los avisos y las cartas que recibe después de que Alliance toma una determinación adversa de beneficios.

¿Cómo presento una apelación de una determinación adversa de beneficios?

Si desea apelar una determinación adversa de beneficios de Alliance, primero debe enviar un formulario de apelación a nivel de la entidad de gestión local (Local Management Entity, LME)/organización de atención médica administrada (Managed Care Organization, MCO). Si no está conforme con el resultado de la apelación a nivel de la LME/MCO de Alliance, puede solicitar formalmente una audiencia estatal imparcial ante la Oficina de Audiencias Administrativas (Office of Administrative Hearing, OAH). Las instrucciones para la presentación se incluyen a continuación.

Un coordinador de apelaciones está disponible para ayudar a explicarle y completar la documentación de su apelación, si así lo solicita usted, su tutor legal o su representante autorizado. Debemos brindarle asistencia razonable para completar formularios y tomar otras medidas procesales relacionadas con una queja formal o apelación. Esto incluye, pero no se limita a, proporcionar ayudas y servicios auxiliares (de asistencia) a pedido, como servicios de intérpretes y capacidad de servicio de TTY/TTD. Puede llamar a Alliance al 919-651-8641 para hablar con el coordinador de apelaciones.

¿Qué es una solicitud de reconsideración?

Una revisión de reconsideración de Alliance o una apelación local de la LME/MCO es una revisión local e independiente de una determinación adversa de beneficios de Alliance. Cuando Alliance toma una decisión con respecto a sus servicios, recibirá una carta de determinación adversa de beneficios por correo. Dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha de envío de su carta de determinación adversa de beneficios, usted, su tutor o su representante autorizado pueden solicitar una reconsideración de Alliance, ya sea pidiéndola o por escrito. Su solicitud escrita u oral (expresada) será puntual si Alliance recibe la solicitud dentro del plazo de 60 días calendario.

La solicitud de revisión de reconsideración oralmente o por escrito debe recibirse dentro de los 60 días calendario. El formulario de apelación de nivel LME/MCO debe enviarse a cualquiera de los siguientes:

<p>POR FAX: Fax: 919-651-8682</p>
<p>POR CORREO: Alliance Health Attn: Appeals Department 5200 W. Paramount Parkway, Suite 200 Morrisville, NC 27560</p>
<p>Para recibir asistencia, llame a este número: 919-651-8545</p>
<p>EN PERSONA: en cualquiera de las oficinas de Alliance</p>
<p>SOLICITUDES ORALES: Llame al 919-651-8641</p>

Recuerde que su representante debe tener su consentimiento por escrito para enviar una solicitud de revisión de reconsideración. Le enviaremos un acuse de recibo por escrito dentro de un día hábil cuando recibamos su solicitud. Si ha enviado una solicitud y no ha recibido el acuse de recibo, llámenos e infórmenos. No aceptaremos ni procesaremos solicitudes de reconsideración presentadas fuera del plazo.

Un profesional de atención médica con experiencia clínica adecuada en el tratamiento de su afección (que no participó en la decisión original) decidirá su solicitud de apelación a nivel de la LME/MCO. Puede tardar hasta 30 días calendario para tomar una decisión sobre su solicitud de revisión de reconsideración de Alliance.

¿Qué registros debo guardar?

Es importante que conserve los registros de correspondencia escrita y conversaciones telefónicas. Guarde todas las cartas que reciba de Alliance, sus proveedores o la División de Beneficios para la Salud. En una hoja de papel, haga una hoja de registro telefónico. Siempre escriba lo siguiente:

- La fecha y el número al que llamó.
- El nombre de la persona con la cual habló.
- Una nota sobre el tema de la llamada.
- Cuándo puede esperar una respuesta y de quién o el nombre y el número de otra persona para contactar.

Guarde la hoja de registro telefónico y las cartas en un lugar seguro. Si desea una copia de su expediente de forma gratuita, llame al coordinador de apelaciones al 919-651-8545. Háganos saber lo antes posible si desea una copia. El expediente incluirá todos los registros considerados por Alliance en relación con la decisión, incluidos los documentos presentados por su proveedor. También puede presentar nueva información en cualquier momento durante el proceso de apelación. Esto puede incluir nueva información de su médico, como evaluaciones actualizadas.

Alliance conserva todos los registros de apelaciones durante un mínimo de cinco años después de la resolución. No debe haber litigios o auditorías futuros para que estos registros sean destruidos.

¿Puedo recibir servicios durante mi revisión de reconsideración?

La ley federal le permite continuar recibiendo servicios cuando apela una determinación adversa de beneficios. Si desea que los servicios existentes continúen sin interrupción hasta el final del período de autorización original mientras apela una reducción, suspensión (interrupción), terminación (finalización) o rechazo de Medicaid, debe solicitar la apelación a nivel de la LME/MCO de Alliance dentro del plazo de 10 días calendario de la fecha de envío de la carta de determinación adversa de beneficios.

Si solicita una apelación a nivel de la LME/MCO de 11 a 60 días calendario a partir de la fecha de envío de la carta de determinación adversa de beneficios, podría haber una interrupción en sus servicios actuales. Al recibir su formulario de solicitud de revisión de reconsideración, restableceremos los servicios.

La ley federal explica esto con mucho más detalle. Si indica que Alliance cancela, suspende o reduce sus servicios de Medicaid actuales antes de que finalice el período de autorización, usted podrá continuar recibiendo esos servicios si reúne todas las condiciones siguientes:

- Envía oportunamente un formulario de solicitud de apelación a nivel de la LME/MCO; es decir, lo envía antes o el día pactado (lo que sea posterior):
 - Dentro de los 10 días calendario de que Alliance envió por correo la determinación adversa de beneficios.
 - La fecha efectiva prevista de la determinación adversa de beneficios propuesta por Alliance.
- La apelación a nivel de la LME/MCO implica la terminación, suspensión o reducción de servicios actualmente autorizados.
- Los servicios fueron solicitados por un proveedor autorizado.
- El período de autorización para los servicios no ha vencido.
- Solicita a tiempo (dentro de los 10 días calendario) que sus servicios continúen.

Si se cumplen todas estas condiciones, podrá continuar recibiendo sus servicios actuales hasta que ocurra lo siguiente:

- Retira su solicitud de una apelación a nivel de la LME/MCO o una audiencia imparcial estatal.
- Diez días calendario después de que Alliance le envíe por correo la decisión de la apelación a nivel de la LME/MCO, a menos que solicite una audiencia estatal imparcial ante la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) de North Carolina dentro de esos 10 días calendario.
- Una oficina de audiencia imparcial estatal emite una decisión de audiencia en su contra.

¿Se puede acelerar mi solicitud de revisión de reconsideración?

Puede solicitar acelerar (acelerar) el proceso de apelación de nivel LME/MCO si el plazo de 30 días perjudica su salud y seguridad. Puede solicitar una apelación de nivel LME/MCO acelerada solicitándola oralmente (expresada) o por escrito. Si realiza una solicitud oral, no tiene que ir seguida de una solicitud por escrito. Aprobaremos o denegaremos su solicitud para acelerar su solicitud de revisión de apelación de nivel LME/MCO. Si no aceleramos su solicitud de apelación, tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Alliance intentará notificarle por teléfono y le enviará una notificación por escrito dentro de (2) dos días calendario de su solicitud de revisión acelerada para informarle si esta solicitud fue aceptada como acelerada. Si la solicitud es aceptada como acelerada, su apelación se procesará dentro de las setenta y dos (72) horas y Alliance hará todo lo posible para informarle el resultado de esa revisión en una llamada telefónica, también le enviaremos una carta información. Para cualquier apelación acelerada, se le notificará la decisión de Alliance dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores a la presentación de la solicitud.

¿Se puede extender el plazo de revisión de reconsideración?

Alliance puede extender los plazos hasta 14 días calendario si solicita una extensión. Alliance puede extender los plazos hasta 14 días calendario por su cuenta cuando sea necesario obtener información adicional y la extensión sea de su interés.

Cuando Alliance extiende los plazos, pero usted no solicitó la extensión, Alliance:

- Le brindará un aviso por escrito del motivo de la extensión dentro de dos días calendario.
- Hará un esfuerzo para proporcionar una pronta notificación verbal (por teléfono) de la demora.
- Resolverá la apelación tan rápido como lo requiera su afección de salud y a más tardar en la fecha de vencimiento de la extensión.
- Notificarle su derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la decisión de extender el plazo de resolución de la apelación.

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión?

Si no está de acuerdo con el resultado de la reconsideración, puede presentar una apelación formal ante la Oficina de Audiencias Administrativas de (OAH) North Carolina para solicitar una audiencia imparcial del estado. La solicitud de audiencia imparcial del estado debe hacerse a la OAH dentro de los 120 días calendario posteriores a la fecha de envío de la decisión sobre la revisión de reconsideración (llamada carta de aviso de resolución). Las apelaciones formales son examinadas por un juez de derecho administrativo junto con la OAH. Si tiene preguntas, puede llamar al Servicio Gratuito de Información y Referencia CARELINE del DHHS al 800-662-7030 y solicitar hablar con la Oficina de Audiencias de la DHB.

¿Cómo presento una apelación formal ante la Oficina de Audiencias Administrativas?

Si desea solicitar una audiencia imparcial estatal, envíe por correo o fax el formulario de audiencia imparcial estatal que recibió de Alliance a las direcciones o los números de fax que figuran en la siguiente página:

Agencia	Dirección postal	Número de teléfono	Número de fax
Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) de North Carolina	Attn: Clerk 6714 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-6700	919-431-3000	919-431-3100
Alliance Health	Attn: Appeals Department 5200 W. Paramount Parkway, Suite 200 Morrisville, NC 27560	919-651-8545	919-651-8682

Después de solicitar una audiencia imparcial estatal, la OAH o la Red de Mediación de North Carolina le ofrecerán la opción de que un mediador intervenga en su caso. Una mediación es una reunión informal para intentar resolver una apelación formal antes de que el juez de derecho administrativo la examine. Si acepta la mediación, debe completarse dentro de los 25 días posteriores a la presentación formal de su apelación. Si acepta la mediación y no se presenta, la OAH desestimará su apelación y no procederá a una audiencia. Si rechaza la mediación, o si la acepta y no resulta exitosa, su apelación formal pasará a una audiencia. Se le notificará por correo la fecha, la hora y la ubicación de la audiencia.

Durante la fase de mediación de la apelación, el coordinador de apelaciones de Alliance está disponible para brindar asistencia para explicar y completar la documentación de apelación requerida si usted, su tutor legal o su representante autorizado lo solicitan. Si la mediación resuelve el caso, la audiencia será desestimada. Los servicios se proporcionarán según lo especificado por la Red de Mediación de North Carolina.

Puede representarse usted mismo durante el proceso de audiencia, contratar un abogado o solicitarle a un familiar, un amigo u otro portavoz que le represente. Le proporcionaremos por adelantado todos los documentos que pretendemos utilizar en la audiencia. Puede presentar nueva evidencia en la audiencia, aunque esto puede ocasionar un retraso. En la audiencia, ambas partes pueden presentar evidencia.

Si la apelación formal no se resuelve en la mediación, el asunto se tratará en una audiencia con un juez de derecho administrativo. El juez de derecho administrativo tomará una decisión en relación con su caso. Recibirá una copia escrita de la decisión dentro de los 90 días a partir de la fecha en que presentó su solicitud de reconsideración con Alliance, sin incluir la cantidad de días que tardó en solicitar una audiencia imparcial estatal. Si no está de acuerdo con la decisión definitiva del juez de derecho administrativo, puede contratar un abogado y apelar su caso ante un Tribunal Superior.

¿Quién es responsable de mis servicios mientras mi apelación está pendiente?

Si la decisión definitiva no es a su favor, se confirma la reducción, suspensión, terminación o rechazo de Alliance y Alliance puede optar por hacerle pagar el costo de los servicios prestados durante el proceso formal de apelación. Alliance solamente podrá solicitar la reivindicación por parte del miembro, el cónyuge de un miembro adulto o el padre, la madre o el tutor legal de un miembro menor. El director ejecutivo o la persona designada por Alliance tomará una decisión sobre si recuperar el costo de dichos servicios, teniendo en cuenta los siguientes factores:

- La capacidad financiera del miembro para proporcionar un reembolso a Alliance.
- Los costos de Alliance para recuperar dichos fondos.
- Si la apelación no tuvo mérito, fue superficial o no se presentó de buena fe.

¿Puedo apelar una decisión sobre servicios que no son de Medicaid?

A diferencia de los servicios de Medicaid, la ley estatal deja en claro que no hay derecho a servicios que no sean de Medicaid y los derechos de apelación son diferentes. En general, puede solicitar una apelación si Alliance emite una decisión para denegar, reducir, finalizar o suspender un servicio que no sea de Medicaid.

Alliance debe notificarle por escrito dentro de un día si tomamos la decisión de denegar, reducir, suspender o finalizar sus servicios que no son de Medicaid. Si recibe una carta nuestra que dice que algunos o todos sus servicios que no son de Medicaid se han reducido, suspendido, finalizado o denegado, puede apelar la decisión.

Este aviso de decisión incluirá un formulario de apelación e información sobre cómo presentar su solicitud de apelación ante Alliance y todas las apelaciones posteriores. Debe presentar una apelación ante Alliance antes de presentar una apelación ante la División de Servicios de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Abuso de Sustancias (DMH/DD/SAS) de NC.

Para apelar la reducción, suspensión, finalización o rechazo de beneficios que no son de Medicaid, debe completar y devolver el formulario de apelación de servicios que no son de Medicaid (incluido en el aviso de decisión que se le envió por correo) a través de cualquiera de las siguientes opciones dentro de los 15 días hábiles posteriores a la fecha de su aviso de decisión. Su proveedor no puede presentar la apelación por usted. Envíe el formulario:

POR FAX:
919-651-8682

POR CORREO:
Alliance Health
Attn: Appeals Department
5200 W. Paramount Parkway, Suite 200
Morrisville, NC 27560

Para recibir asistencia, llame a este número:
919-651-8641

EN PERSONA:
en cualquiera de las oficinas de Alliance

Una apelación de Alliance es una revisión imparcial de la decisión de reducir, suspender, finalizar o denegar sus servicios que no son de Medicaid. Un profesional de atención médica con experiencia clínica adecuada en el tratamiento de su afección o trastorno que no participó en la decisión original emitirá la apelación. Alliance decidirá su apelación dentro de los siete días hábiles posteriores a la recepción de una solicitud válida. No se autorizarán los servicios durante la revisión.

¿Se puede acelerar mi solicitud de revisión de la apelación de servicios que no son de Medicaid?

Puede solicitar acelerar (apresurar) el proceso de apelación de servicios que no son de Medicaid si el plazo de 7 días será perjudicial para su salud y seguridad. Puede solicitar un servicio acelerado que no sea de Medicaid.

Apele solicitando una o por escrito. Si realiza una solicitud oral, no es necesario que se haga un seguimiento con una solicitud por escrito (a diferencia de la solicitud real de apelación de servicios que no son de Medicaid). Aprobaremos o denegaremos su solicitud para acelerar su solicitud de revisión de apelación de servicios que no son de Medicaid.

Si solicita una apelación acelerada de servicios que no son de Medicaid y Alliance la rechaza, le notificaremos por teléfono la decisión de NO acelerar la solicitud. Si aceptamos que se debe acelerar, completaremos la revisión acelerada dentro de las 72 horas posteriores a la solicitud y le informaremos a usted o a su proveedor nuestra decisión por teléfono. Le enviaremos una decisión por escrito no más de tres días después de eso.

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión?

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación, puede presentar una apelación ante la División de Servicios de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Abuso de Sustancias (DMH/DD/SAS) de NC para solicitar una audiencia de apelación que no sea de Medicaid dentro de los 11 días calendario de la fecha de la carta de decisión de la apelación. Para presentar una

apelación ante la DMH/DD/SAS, debe enviar por correo o fax un formulario de solicitud de apelación no relacionada con Medicaid:

POR FAX:
919-733-4962

POR CORREO:
DMH/DD/SAS Hearing Office
c/o Customer Service and Community Rights
Mail Service Center 3001
Raleigh, NC 27699-3001

El formulario de solicitud de apelación no relacionada con Medicaid se incluye en la carta de decisión. Recuerde que la DMH/DD/SAS debe recibir el formulario de solicitud a más tardar 11 días después de la fecha de la carta de decisión de la apelación de Alliance. Las apelaciones son examinadas por un oficial de audiencias de la DMH/DD/SAS en una oficina de Alliance. Si tiene preguntas sobre el proceso de apelación de la DMH, llame a la DMH/DD/SAS al 919-715-3197. Al recibir una solicitud de apelación, la DMH/DD/SAS hará lo siguiente:

- Revisará la apelación para determinar su elegibilidad para apelar.
- Aceptará o rechazará la apelación. Si se acepta la apelación, la oficina se comunicará con usted para programar una audiencia de apelación no relacionada con Medicaid (con al menos 15 días de anticipación).
- Solicitará la documentación de Alliance utilizada en la decisión inicial y la apelación.

La audiencia de apelación no relacionada con Medicaid:

- La lleva a cabo un oficial de audiencias de la DMH/DD/SAS.
- Se realiza en persona.
- Se programa para dos horas.
- Asiste el apelante (miembro que presentó la apelación) o sus representantes.
- Asiste uno o más representantes de Alliance.

Dentro de los 60 días de la solicitud por escrito de apelación, el oficial de audiencia imparcial estatal emitirá una decisión por escrito que incluye hallazgos, decisiones y recomendaciones para usted o su representante legal y el director ejecutivo de Alliance. Dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de los resultados del oficial de audiencias, Alliance emitirá y enviará una decisión definitiva por escrito a usted o su representante legal.

Alliance garantiza que los miembros no sean desalentados, obligados (forzados) o mal informados (con información incorrecta) sobre el tipo, la cantidad y la duración (tiempo) de los servicios que pueden solicitar. Además, Alliance no desalienta, obliga (fuerza) o desinforma (da información incorrecta) a los miembros sobre el derecho de apelar el rechazo, la reducción o terminación (interrupción) de un servicio.

¿Qué es una queja formal?

Una queja formal se define como cualquier expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una determinación adversa de beneficios (vea la definición a continuación) presentada por un miembro o por una persona que ha sido autorizado por escrito para presentarla en nombre de un miembro.

Los miembros de su familia, amigos, defensores o su abogado también pueden ayudarlo a presentar una queja formal. Usted o su proveedor de la red que haya sido autorizado por escrito para actuar en su nombre pueden presentar solicitudes de quejas formales.

La determinación adversa de beneficios significa lo siguiente:

- El rechazo o la autorización limitada de un servicio solicitado, incluidas las determinaciones basadas en el tipo o nivel de servicio, los requisitos de adecuación de la necesidad médica, el establecimiento o la efectividad de un beneficio cubierto.
- La reducción, suspensión o finalización de un servicio previamente autorizado.
- El rechazo, total o parcial, del pago de un servicio.
- La falta de prestación de servicios de manera oportuna, según lo definido por el estado.
- El hecho de que la LME/MCO (como Alliance) o un plan prepago de salud para pacientes hospitalizados (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP) no actúe dentro de los plazos establecidos en §438.408(b).
- El rechazo de la solicitud de un miembro de ejercer su derecho, según §438.52 (b) (2) (ii) para obtener servicios fuera de la red.
- El rechazo de la solicitud de un miembro de disputar un pasivo financiero, incluidos los costos compartidos, copagos, primas, deducibles, coseguros y otros pasivos financieros del miembro.

Algunos ejemplos de quejas formales son las siguientes:

- El personal no respeta una cita.
- El personal no es respetuoso con usted.
- La calidad de atención con un proveedor.
- La falta de acceso a los servicios donde vive o servicios que no están permitidos en el plan de beneficios.
- La actitud del personal y los proveedores de Alliance.
- La facturación y cuestiones financieras.
- La calidad del consultorio de su proveedor de atención médica.

¿Cómo presento una queja formal?

Si no está satisfecho con sus servicios, tiene derecho a presentar una queja formal ante Alliance. Los miembros con Medicaid tienen el derecho constitucional al debido proceso. El debido proceso significa que tiene derecho a un aviso por escrito y a la oportunidad de ser escuchado. Puede presentar una queja formal a través de cualquiera de las siguientes maneras:

POR TELÉFONO:
800-510-9132

POR CORREO:
Alliance Health
Quality Management Department
Attn: Complaints and Grievances
5200 W. Paramount Parkway, Suite 200
Morrisville, NC 27560

POR CORREO ELECTRÓNICO:
Complaints@AllianceHealthPlan.org

En línea:
Formulario descargable disponible en
AllianceHealthPlan.org/consumers-families/consumer-rights/filing-a-complaint/

Si desea discutir una queja formal, puede comunicarse con Alliance al 800-510-9132. También puede compartir sus inquietudes con su proveedor o gerente de cuidado directamente y pedirles que lo ayuden o lo asesoren. No es necesario que discuta su queja formal directamente con su proveedor antes de llamar a Alliance.

Cuando llame a Alliance para hablar sobre su queja formal, dejaremos un registro por escrito de ello. Si su queja formal involucra inquietudes de salud y seguridad, tomaremos medidas de inmediato. Usted o su familiar tienen derecho a ser representados y contar con el apoyo de defensores, partidarios personales o una persona legalmente responsable en cualquier reunión que se celebre para discutir la queja formal.

Su proveedor también puede ayudarlo a presentar una queja formal. Sin embargo, si el proveedor llama para presentar una queja formal en su nombre, el proveedor debe tener su consentimiento por escrito.

¿Qué es el proceso de queja formal?

Una vez que Alliance reciba su queja formal, nosotros:

- Haremos un registro escrito de la queja formal.
- Enviaremos un acuse de recibo por escrito de su queja formal dentro de los cinco días hábiles.
- Los contactaremos a usted y a otras personas involucradas en la queja formal para ayudar a resolver sus inquietudes
- Consultaremos al departamento que mejor pueda abordar sus inquietudes. Si su queja formal involucra inquietudes de salud y seguridad, tomaremos medidas de inmediato.
- Intentaremos mediar su queja formal con su agencia proveedora; no está obligado a utilizar el proceso de queja formal de su proveedor de servicios.

Discutiremos la resolución de la queja formal con usted y le enviaremos una carta de resolución formal. La notificación especificará si su queja formal se remite a otra agencia, como el DHSR estatal (si se trata de una instalación con licencia). No perderá sus beneficios de Medicaid por presentar una queja formal.

La política de Alliance es que todas las quejas formales deben resolverse dentro de los 90 días calendario posteriores a la recepción. Para las quejas formales que no son de Medicaid, Alliance buscará resolver las quejas formales con celeridad y dar aviso escrito a todas las partes afectadas a través del Servicio Postal de los EE. UU. en el plazo máximo de 15 días calendario a partir de la fecha en que Alliance recibió la queja formal. Si la queja formal no se resuelve en un plazo de quince (15) días hábiles, el personal de QM enviará una carta al reclamante en la que actualizará el progreso de la resolución de la queja formal y la fecha de resolución estipulada.

Este plazo puede extenderse 14 días calendario en estos casos:

- Usted hace la solicitud.
- Alliance demuestra a la DHB que existe la necesidad de información adicional y que la demora es lo mejor para usted.

¿Qué sucede si no estoy satisfecho con la respuesta a mi queja formal de Medicaid?

Tenga en cuenta que no puede apelar la resolución de una queja formal relacionada con un servicio de Medicaid. No hay derecho a apelar la resolución de una queja formal de un servicio de Medicaid ante la OAH estatal o cualquier otro foro.

¿Qué sucede si no estoy satisfecho con la respuesta a mi queja formal que no es de Medicaid?

Puede apelar la resolución de quejas formales con respecto a servicios no financiados por Medicaid u otros asuntos llamando al 800-510-9132 de Alliance, disponible las 24 horas.

Si no está satisfecho con la respuesta que recibe de Alliance, puede comunicarse con Disability Rights de North Carolina al 877-235-4210. También puede llamar a la Sección de Defensa y Servicio al Cliente en Servicio al Cliente y Derechos de la Comunidad de la DMH/DD/SAS de North Carolina al 919-715-3197.

¿Qué registros debo guardar?

Es importante que conserve los registros de correspondencia escrita y conversaciones telefónicas. Guarde todas las cartas que reciba de Alliance, sus proveedores o la DHB. En una hoja de papel, haga una hoja de registro telefónico. Siempre escriba lo siguiente:

- La fecha y el número al que llamó.
- El nombre de la persona con la cual habló.
- Una nota sobre el tema de la llamada.
- Cuándo puede esperar una respuesta y de quién o el nombre y el número de otra persona para contactar.

Guarde la hoja de registro telefónico y las cartas en un lugar seguro. Todos los registros de quejas formales se mantienen durante un mínimo de cinco años después de la resolución. No debe haber litigios o auditorías futuros para que estos registros sean destruidos.

¿Puedo obtener asistencia legal?

Para comunicarse con un abogado, llame al 800-662-7660 para contactar al Servicio de remisión de abogados del Proyecto de Información Médica de North Carolina o al 800-662-7407 para comunicarse con el Servicio de Remisión de Abogados del Colegio de Abogados de North Carolina. También puede comunicarse gratis con Disability Rights de North Carolina en el 877-235-4210 o con Ayuda legal de North Carolina en el 866-219-5262.

¿Cómo presento un reclamo?

Las personas también tienen la opción de presentar reclamos, que son diferentes de las quejas formales y apelaciones. Un reclamo es cualquier expresión de insatisfacción sobre Alliance o un proveedor de la red, iniciado por cualquier persona que no tenga un consentimiento por escrito para presentar una queja formal en nombre de un miembro.

Algunos ejemplos de reclamos son los siguientes:

- Tardanzas del personal.
- El personal no es respetuoso con un miembro.
- El acceso a servicios o la calidad de la atención.
- La actitud del personal y los proveedores de Alliance.
- La facturación y cuestiones financieras.
- La calidad del consultorio de un proveedor de atención médica.

Los amigos, familiares que no son tutores o compañeros de trabajo pueden optar por presentar un reclamo ante Alliance y pueden presentarlo de forma anónima (sin dar su nombre). Cualquier persona puede presentar un reclamo utilizando la información de contacto en la siguiente página:

POR TELÉFONO:
800-510-9132

POR CORREO:
Alliance Health
Quality Management Department
Attn: Complaints and Grievances
5200 W. Paramount Parkway, Suite 200
Morrisville, NC 27560

En línea:
Formulario descargable disponible en
AllianceHealthPlan.org/consumers-families/consumer-rights/filing-a-complaint/

Si desea discutir un reclamo, puede comunicarse con Alliance al 800-510-9132. Cuando alguien llama a Alliance para hablar sobre un reclamo, dejaremos un registro por escrito al respecto. Si el reclamo involucra inquietudes de salud y seguridad, Alliance tomará medidas de inmediato. Usted

o su familiar tienen derecho a ser representados y contar con el apoyo de defensores, partidarios personales o una persona legalmente responsable en cualquier reunión que se celebre para discutir el reclamo.

¿Qué hace Alliance cuando recibe un reclamo?

La política de Alliance es que todos los reclamos deben resolverse dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción. Este plazo puede extenderse 14 días calendario en estos casos:

- Usted hace la solicitud.
- Alliance demuestra a la DHB que existe la necesidad de información adicional y que la demora es lo mejor para usted.

Una vez que Alliance reciba su reclamo, nosotros:

- Enviaremos un acuse de recibo por escrito a la persona que presentó el reclamo.
- Los contactaremos a usted y a otras personas involucradas en el reclamo para ayudar a resolver sus inquietudes
- Intentaremos mediar el reclamo con su agencia proveedora.
- Discutiremos la resolución del reclamo con usted y le enviaremos una carta de resolución formal.

¿Qué sucede si no estoy satisfecho con la respuesta a mi reclamo?

Todos los reclamos tienen derechos de apelación, tanto para los servicios de Medicaid como para los que no son de Medicaid. Las personas deben presentar una apelación al reclamo dentro de los 21 días calendario posteriores a la recepción del informe de investigación de Alliance. La carta de resolución incluirá información sobre cómo presentar esta apelación.

La decisión sobre la apelación se enviará por correo al reclamante dentro de los 28 días calendario posteriores a la recepción de la apelación. Esta segunda decisión es definitiva, y no hay más derechos de apelación. Alliance conserva todos los registros de reclamos durante un mínimo de cinco años después de la resolución. No debe haber litigios o auditorías futuros para que estos registros sean destruidos.

Sección 11: ¿Cómo puedo ayudar a evitar situaciones de fraude y abuso?

En esta sección:

- ¿Cómo puedo ayudar a evitar situaciones de fraude y abuso?
- ¿Cómo denuncio situaciones de fraude y abuso?

Alliance se compromete a evitar e identificar situaciones de fraude y abuso en el programa de Medicaid. Puede ayudar informando cualquier práctica de facturación sospechosa u otra actividad que considere que puede ser fraude o abuso.

El fraude de Medicaid ocurre cuando un proveedor de atención médica presenta una reclamación falsa o fraudulenta, o cuando una persona intencionalmente miente u oculta ingresos o activos para obtener beneficios del Gobierno. El abuso se produce cuando una persona o proveedor de atención médica realiza actividades que generan un costo excesivo o irrazonable para el programa de Medicaid, incluida una organización de atención administrada de Medicaid, como Alliance. El gobierno federal estima que las situaciones de fraude y abuso cuestan a los contribuyentes estadounidenses más de \$15,000 millones año tras año.

Los ejemplos de fraude y abuso pueden incluir los siguientes:

- Usted no informa todos sus ingresos u otro seguro al solicitar Medicaid.
- Deja que otra persona use su tarjeta de Medicaid para obtener servicios.
- Alguien roba su tarjeta de Medicaid y la usa sin su permiso.
- Un proveedor factura a Alliance servicios o suministros que usted nunca recibió.
- Un proveedor factura a Alliance servicios que no eran médicamente necesarios, que no estaban codificados correctamente o que no estaban respaldados por toda la documentación requerida.
- Las credenciales informadas de un proveedor son falsas.

¿Cómo puedo ayudar a evitar situaciones de fraude y abuso?

Estas son las cosas que usted DEBE hacer:

- Proteja su número de Medicaid (en su tarjeta de Medicaid) y su número de Seguro Social (en su tarjeta de Seguro Social). Trate su tarjeta de Medicaid como si fuera una tarjeta de crédito.
- Pida una copia de todo lo que firme y mantenga todos los documentos juntos.
- Haga preguntas. Tiene derecho a saber todo sobre su atención y tratamiento, incluidos los costos facturados a Alliance por su proveedor.
- Use un calendario para registrar todas sus citas de servicio y tratamientos. Luego, verifique cuidadosamente su explicación de beneficios para asegurarse de que haya incluido cada servicio y que todos los detalles sean correctos. Si pasa tiempo en un hospital, asegúrese de que la fecha de ingreso, la fecha de alta hospitalaria y el diagnóstico sean correctos.
- Manténgase alerta para los servicios que se le prometieron, pero que nunca se prestaron o para pruebas o procedimientos innecesarios.

- Tenga cuidado con los proveedores que le dicen que el artículo o servicio generalmente no está cubierto, pero que “saben cómo facturar” para que Alliance o Medicaid lo paguen.
- Recuerde que nada es nunca “gratis”. No acepte ofertas de dinero o regalos por atención médica gratuita.
- Revise sus píldoras antes de salir de la farmacia para asegurarse de que recibió el medicamento correcto, incluso si es de marca o genérico y la cantidad total. Si no recibe la totalidad del medicamento con receta, informe el problema al farmacéutico.
- Informe casos sospechosos de fraude.

Estas son las cosas que usted NO DEBE hacer:

- NO comparta su tarjeta de Medicaid, número de Medicaid, tarjeta de Seguro Social o Número de Seguro Social con nadie, excepto su médico u otro proveedor autorizado.
- NO permita que amigos, parientes o cualquier otra persona “tome prestada” su tarjeta de Medicaid.
- NO le pida a su médico u otro proveedor de atención médica el tratamiento o la atención que no necesita ni permita que nadie más lo convenza de ver a un médico para recibir atención o servicios que no necesita.
- NO acepte regalos o sobornos de su proveedor.
- NO comparta registros médicos u otra información confidencial con nadie, excepto Alliance u otra compañía de seguros, o un médico, agencia, clínica, hospital u otro proveedor de atención médica.
- NO acepte suministros médicos de un representante de ventas puerta a puerta. Si alguien llega a su casa alegando ser de Medicare o Medicaid, recuerde que Medicare y Medicaid no envían representantes a su hogar para vender productos o servicios.
- NO firme un formulario en blanco.
- NO se deje influenciar por la publicidad de ciertos medios sobre su salud. Muchos anuncios de internet, televisión y radio no tienen el mejor interés en el fondo.

¿Cómo denuncio situaciones de fraude y abuso?

Puede permanecer en el anonimato, pero la información detallada nos ayudará con nuestra investigación. (En casos excepcionales que involucren procedimientos legales, Alliance puede tener que revelar quién es usted). Cuando se comunique con nosotros, proporcione el nombre/número de identificación de Medicaid del beneficiario de Medicaid involucrado, el nombre del proveedor, la fecha de servicio, la cantidad de reclamaciones facturadas o pagadas y una descripción de la actividad fraudulenta o sospechosa.

Puede informar sospechas de fraude y abuso de cualquiera de las siguientes maneras:

- Llame a la línea gratuita de Alliance para denuncias sobre fraude y abuso, disponible las 24 horas: (888) 727-6721. Puede hacerlo de manera anónima.
- Llame a la línea de información sobre fraude, derroche y abuso del programa de Medicaid al (877) DMA-TIP1 o al (877) 362-8471.
- Llame al Centro de Servicio al Cliente de la División de Beneficios para la Salud (DHB) de North Carolina al 800-662-7030.
- Llame a la Línea de fraudes de la Oficina del Inspector General de los EE. UU. al 800-HHS-TIPS o al 800-447-8477.
- Llame al auditor estatal de North Carolina al 800-730-TIPS o al 800-730-8477.
- Envíe un reclamo en línea confidencial (privado) por fraude y abuso de Medicaid en el sitio web del Servicio al Cliente de la DHB en [medicaid.ncdhhs.gov/meetings-and-notices/report-fraud-waste-or-abuse](https://www.ncdhhs.gov/medicaid/meetings-and-notices/report-fraud-waste-or-abuse).

Sección 12: Defensa, recuperación y resiliencia

En esta sección:

- ¿Qué es el Comité de Orientación del Paciente y la Familia (CFAC)?
- ¿Qué es el Comité de Derechos Humanos (HRC)?
- ¿Cómo puede ayudarme Alliance en mi recuperación?
- ¿Qué es la resiliencia?
- ¿Alliance ofrece educación o capacitación?
- ¿Alliance ofrece programas de apoyo a la vivienda?

¿Qué es el Comité de Orientación del Paciente y la Familia (CFAC)?

El Comité de Orientación del Paciente y la Familia está formado por personas que reciben servicios de salud mental, IDD o uso de sustancias y los familiares de esas personas. El CFAC es un comité autónomo que actúa como asesor de la administración y la Junta Directiva de Alliance.

Los estatutos del estado imponen al CFAC las siguientes responsabilidades:

- Revisar, comentar y monitorear la implementación del plan comercial local.
- Identificar carencias en el servicio y poblaciones desatendidas.
- Hacer recomendaciones sobre la variedad de servicios y monitorear el desarrollo de servicios adicionales.
- Revisar el presupuesto y hacer comentarios al respecto.
- Participar en todas las medidas de mejora de calidad e indicadores de desempeño.
- Enviar los resultados y las recomendaciones al CFAC del estado con respecto a las formas de mejorar la prestación de servicios de salud mental, IDD y uso de sustancias.

Para obtener más información o si le interesa participar, llame a la línea gratuita 800-510-9132 para comunicarse con un empleado del CFAC de Alliance.

¿Qué es el Comité de Derechos Humanos?

El Comité de Derechos Humanos supervisa el cumplimiento de las normas federales y estatales por parte de Alliance, en relación con los derechos, la confidencialidad y las quejas formales del paciente. El HRC está formado por personas, miembros de la familia y miembros de la junta que se reúnen al menos una vez por trimestre. El comité revisa y monitorea las tendencias en el uso de intervenciones restrictivas, abuso, negligencia y explotación, muertes y errores respecto de medicamentos. El HRC también presenta informes a la Junta Directiva. Las personas, los familiares y otras partes interesadas pueden informar violaciones de derechos ante el HRC a través de la Oficina de Cumplimiento Corporativo o mediante el proceso habitual de quejas formales.

Si está interesado en formar parte del HRC, llame al 800-510-5132 y solicite hablar con un intermediario del Comité de Derechos Humanos.

¿Cómo puede ayudarme Alliance en mi recuperación?

La Declaración de Consenso Nacional sobre Recuperación de Salud Mental establece que “la recuperación es un viaje de curación y transformación que permite a una persona tener una vida significativa en una comunidad de su elección mientras se esfuerza por alcanzar su máximo potencial”.

Alliance cree que todos son resilientes y que las personas pueden recuperarse de un trauma. Todos merecen vivir una vida plena y productiva. Queremos ayudarlo a identificar sus fortalezas y alcanzar sus objetivos. Podemos ayudarlo a trabajar con su familia y su sistema de apoyo para participar más plenamente en la comunidad de su elección.

Creemos que la recuperación:

- Surge de la esperanza.
- Está impulsada por la persona.
- Ocurre a través de muchos caminos.
- Es holística.
- Se respalda con compañeros y aliados.
- Se apoya en relaciones y redes sociales.
- Se basa en la cultura y es influenciada.
- Se respalda con el abordaje del trauma.
- Involucra las fortalezas y responsabilidades individuales, familiares y comunitarias.
- Se basa en el respeto.

El camino de recuperación de cada persona es único. A través del proceso de recuperación, las personas que tienen trastornos psiquiátricos o por uso de sustancias tienen la capacidad de comprender que quienes son en su totalidad, no su diagnóstico, son fundamentales para sus vidas.

Alliance se esfuerza por apoyarlo en su camino hacia la recuperación al participar en la colaboración comunitaria y promover servicios que mejoren la salud y el bienestar de aquellos a quienes les brindamos servicios. Esperamos que estos programas lo ayuden a alcanzar sus objetivos de recuperación y lo capaciten para vivir de una manera saludable, segura y significativa.

¿Qué es la resiliencia?

La resiliencia es la capacidad de adaptarse al estrés. La resiliencia es la capacidad de resistir una catástrofe. Esto significa usar habilidades de afrontamiento para seguir adelante ante la adversidad. Alliance puede ayudarlo a obtener servicios y apoyo para ayudarlo con su situación. Comuníquese con Alliance al 800-510-9132 para obtener ayuda.

¿Alliance ofrece educación o capacitación?

Las personas que están bien informadas sobre sus enfermedades están en mejores condiciones para afrontarlas y lograr los resultados deseados. Alliance brinda oportunidades educativas a nuestros miembros, familias y otros miembros de la comunidad con información útil sobre diagnósticos, opciones de tratamiento y maximización de los beneficios del tratamiento. Puede encontrar más información en nuestro sitio web AllianceHealthPlan.org o llamando al 800-510-9132.

¿Alliance ofrece programas de apoyo a la vivienda?

Creemos que tener un lugar seguro y estable para vivir es una parte integral del bienestar y la recuperación. No hay derecho a fondos de vivienda a través de Alliance, aparte de Transiciones a la Vida en la Comunidad (TCL). Trabajamos con socios de la comunidad para proporcionar conocimiento, recursos y capacitación sobre viviendas y opciones residenciales. Llame al 800-510-9132 para obtener más información.

Apéndice A: Resumen de las disposiciones de este acuerdo que se proporcionarán a los miembros y proveedores (exención Innovations)

Las siguientes declaraciones, que están dirigidas a miembros y proveedores, reemplazan cualquier información contenida en este manual que pueda no concordar con estas declaraciones.

- Durante el proceso de planificación, su gerente de cuidado le explicará los diferentes servicios y trabajará con usted para desarrollar su plan de apoyo individual (ISP) en función de los servicios que desea solicitar y los objetivos que haya elegido. Su gerente de cuidado también le explicará los requisitos en la exención Innovations en torno a esos servicios.
- Su gerente de cuidado se asegurará de que su ISP incluya los servicios que desea solicitar, durante el tiempo que desee solicitarlos. Su ISP debe usarse para planificar la atención de todo el año y debe incluir los servicios que espera necesitar en cualquier momento durante el año.
- Debe tener un ISP firmado para recibir servicios a través de la exención Innovations. Eso significa que debe firmar el ISP que contiene los servicios que desea solicitar, que pueden ser diferentes de los servicios que se aprobarán. Su gerente de cuidado elaborará una versión preliminar del ISP según sus deseos, revisará el plan con usted antes de firmarlo, responderá cualquier pregunta que tenga y hará todos los cambios en el plan que usted solicite antes de pedirle que lo firme.
- Si desea modificar o agregar servicios durante el año del plan, puede pedirle a su gerente de cuidado que lo ayude a solicitar el cambio escribiendo una actualización/revisión de su ISP en cualquier momento.
- La asignación de recursos o los presupuestos individuales y la Escala de Intensidad de Asistencia (Support Intensities Scale®, SIS®) son herramientas que pueden usarse en el proceso de planificación. Puede tener un presupuesto individual asignado, que no es un límite en la cantidad de servicios que puede solicitar o tener aprobada. Si alguno de los servicios solicitados es denegado, le proporcionaremos una nota escrita junto con la información para apelar dicha decisión.
- Durante el proceso de planificación, su gerente de cuidado revisará su presupuesto individual con usted. Como se mencionó antes, su gerente de cuidado se asegurará de que su ISP incluya los servicios que desea solicitar, durante el tiempo que desee solicitarlos.
- El Departamento de Gestión de la Utilización de Alliance determinará si los servicios que solicita son médicamente necesarios, no su gerente de cuidado. Se tomará una decisión sobre su solicitud de servicios en su ISP dentro de los 14 días, a menos que se necesite más información.
- Si algún servicio solicitado en su ISP no está totalmente aprobado (por ejemplo, un servicio es denegado o se aprueba por menos horas o por un período menor del que solicitó), recibirá una explicación por escrito de esa decisión e información sobre cómo puede apelar.
- Alliance no tomará represalias contra usted de ninguna manera si apela. Su gerente de cuidado puede ayudarlo con los formularios necesarios para presentar una apelación.
- Si algunos servicios se aprueban y otros se rechazan, podrá recibir los servicios aprobados mientras apela los servicios rechazados. También podrá realizar una nueva solicitud para servicios diferentes mientras la apelación se encuentra pendiente, si lo prefiere.

Apéndice B: Glosario de acrónimos y de términos útiles

Instrucción anticipada: una comunicación brindada por un adulto competente que da instrucciones o designa a otra persona para tomar decisiones sobre la atención, custodia o tratamiento médico de una persona en caso de que la persona no pueda participar en las decisiones de tratamiento médico.

Determinación de capacidad de pago: la cantidad que una persona está obligada a pagar por los servicios. La capacidad de pago se calcula en función de los ingresos de la persona y la cantidad de dependientes. Las guías de pobreza del gobierno federal se utilizan para determinar el monto de pago de la persona. Obtenga más información en cms.hhs.gov/medicaid/eligibility/default.asp.

Abuso y derroche: incidentes o prácticas que no concuerdan con prácticas fiscales, comerciales o médicas que podrían generar un costo innecesario para Alliance, el gobierno estatal o federal u otra organización. También podría dar lugar a un reembolso por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente. También incluye prácticas de destinatarios que generan costos innecesarios para el programa de Medicaid. (42 CFR 455.2).

Alliance Health: una organización de atención administrada (MCO) de varios condados que administra, autoriza y supervisa la prestación de los servicios de exención para las personas con necesidades de salud mental, IDD y uso de sustancias, cuyos servicios de Medicaid pertenecen a los condados de Cumberland, Durham, Harnett, Johnston, Mecklenburg, Orange y Wake.

Apelación: una solicitud de revisión de una medida.

Área: se usa indistintamente con captación o región para describir los condados en los que Alliance se desempeña como LME/MCO.

Evaluación: un procedimiento para determinar la naturaleza y el alcance de la necesidad para la cual las personas busca servicios.

Servicio autorizado: servicios médicamente necesarios aprobados previamente por la LME/MCO.

Mejores prácticas: las prácticas recomendadas, incluidas las prácticas basadas en evidencia que consisten en esas prácticas clínicas y administrativas, que han demostrado producir resultados previstos específicos, así como prácticas emergentes para las cuales hay evidencia preliminar de la efectividad del tratamiento.

Plan de beneficios básicos: el paquete de beneficios básicos incluye aquellos servicios que estarán disponibles para personas con derecho a Medicaid y, en la medida en que haya recursos disponibles, para personas que no tengan Medicaid de acuerdo con los planes comerciales locales. Estos servicios están destinados a proporcionar intervenciones breves para personas con necesidades agudas. Se accede al paquete de beneficios básicos a través de una simple derivación de Alliance a través de su sistema de selección, clasificación y referencia. Una vez que se hace la referencia, no hay requisitos de autorización previa para estos servicios.

Gestión de la atención: esta gestión es un monitoreo no presencial de la atención y los servicios de una persona, incluidas las actividades de seguimiento, así como la asistencia a las personas para acceder a la atención de los servicios que no pertenecen al plan, incluidas las referencias a proveedores y otras agencias comunitarias.

Comité de Orientación del Paciente y la Familia (CFAC): un grupo formalizado de personas y familiares designados de acuerdo con los requisitos de NCGS 122-C-170. El propósito del CFAC es asegurar una participación significativa de personas y familias en la formación del desarrollo y la prestación de servicios públicos de salud mental, IDD y abuso de sustancias en la región de cuatro condados atendidos por Alliance.

Departamento de administración de la atención: una división de Alliance que proporciona funciones de gestión de casos de planificación de tratamiento y alcance para una población de personas especiales y de alto impacto.

Servicios cubiertos: el servicio que Alliance se compromete a prestar u organiza para prestar a los miembros.

Competencia cultural: la comprensión de las características sociales, lingüísticas, étnicas y de comportamiento de una comunidad o población y la capacidad de traducir de forma sistemática ese conocimiento en prácticas en la prestación de servicios de salud conductual. Tal comprensión puede reflejarse, por ejemplo, en la capacidad de identificar y valorar las diferencias; reconocer la dinámica interactiva de las diferencias culturales; ampliar continuamente el conocimiento cultural y los recursos con respecto a las poblaciones atendidas; colaborar con la comunidad con respecto a la provisión y prestación de servicios, y comprometerse con la capacitación intercultural del personal y desarrollar políticas para proporcionar programas relevantes y efectivos para la diversidad de las personas atendidas.

Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMMS o CMS): la unidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. que administra los programas de Medicare y Medicaid.

Departamento de Servicios Sociales (DSS) del condado: la agencia pública local (condado) responsable de determinar la elegibilidad para los beneficios de Medicaid y para otros programas de asistencia.

Rechazo de servicio: una determinación hecha por Alliance en respuesta a la solicitud de aprobación de un proveedor de red para proporcionar servicios en el plan de una duración y alcance específicos que desapruueba la solicitud por completo o aprueba la provisión de los servicios solicitados, pero por un alcance o una duración menor que lo solicitado por el proveedor; (una aprobación de los servicios solicitados que incluye el requisito de una revisión concomitante por parte de Alliance durante el período autorizado no constituye un rechazo); o desapruueba la provisión de los servicios solicitados, pero aprueba la provisión de uno o varios servicios alternativos.

División de Beneficios para la Salud (DHB): es la agencia estatal responsable de los servicios financiados por Medicaid y la administración de NC Innovations y del Plan de salud de MH/DD/SAS de North Carolina. El sitio web de la División de Beneficios para la salud de North Carolina es: ncdhhs.gov/dma/index.htm.

Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS): la agencia estatal que incluye tanto la División de Beneficios para la Salud como la División de Servicios de Salud Mental/Discapacidad del Desarrollo/Abuso de Sustancias (DMH/DD/SAS). El sitio web del DHHS de North Carolina es ncdhhs.gov/.

División de Servicios de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Abuso de Sustancias (DMH/DD/SAS): la agencia estatal que trabaja con la DHB en la administración de NC Innovations y el Plan de salud MH/DD/SAS de NC. El sitio web de la DMH/DD/SAS de North Carolina es ncdhhs.gov/mhddsas/.

Plan de beneficios mejorados: un plan que incluye servicios disponibles para personas con derecho a Medicaid y personas que no pertenecen a Medicaid que cumplen con los criterios de población prioritarios. Se accede a los servicios de beneficios mejorados a través de un proceso de planificación centrado en la persona. Los servicios de beneficios mejorados están destinados a proporcionar un rango de servicios y apoyos que son más adecuados para las personas que buscan recuperarse de tipos más graves de enfermedad mental y uso de sustancias, y con necesidades de servicio y apoyo más complejas, como se identifica en el proceso de planificación centrado en la persona.

Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos:

Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT): el beneficio federal de Medicaid que indica que Medicaid debe proporcionar todos los servicios de atención médica necesarios a los niños menores de 21 años elegibles para Medicaid. Incluso si el servicio no está cubierto por el Plan estatal de Medicaid de North Carolina, puede estar cubierto para beneficiarios menores de 21 años si el servicio figura en el artículo 1905(a) de la Ley del Seguro Social y si se cumplen todos los criterios del EPSDT.

Queja formal: una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una medida, tal como se define la medida en esta sección. El término también se usa para referirse al sistema general que incluye quejas formales y apelaciones manejadas a nivel de la LME/MCO y acceso al proceso de audiencia imparcial estatal. Los posibles asuntos de las quejas formales incluyen, entre otros, la calidad de la atención o los servicios prestados, aspectos de las relaciones interpersonales, como la grosería de un proveedor o empleado y el incumplimiento de los derechos de la persona.

Persona/Miembro/Afiliado: se usan diferentes nombres para describir a una persona que necesita servicios para el tratamiento de una afección de salud mental, IDD o uso de sustancias.

Entorno menos restrictivo: entorno menos restrictivo/intensivo de atención suficiente para apoyar a la persona de manera efectiva y segura. El apoyo a una persona en el entorno menos restrictivo es considerado una de las mejores prácticas.

Tutor legal o persona legalmente responsable: persona asignada por orden judicial que está encargada de tomar decisiones en representación de una persona que se considera incapaz de tomar sus propias decisiones. Los padres de menores de 18 años son las personas legalmente responsables de dichos menores, a menos que se revoquen sus derechos por orden judicial. Cuando una persona cumple 18 años, se convierte en su propio tutor legal, a menos que un tribunal considere lo contrario y asigne un tutor (con frecuencia, un familiar o amigo y, en caso de que dichas personas no estén disponibles, un empleado público).

Registro médico: un único registro completo que conserva el proveedor de servicios y que documenta todos los planes de tratamiento desarrollados y los servicios de salud conductual recibidos por el miembro.

Servicios médicamente necesarios: procedimientos o intervenciones que son adecuados y necesarios para el diagnóstico, tratamiento o apoyo en respuesta a una evaluación de la afección o necesidad de una persona. Médicamente necesario significa servicios y suministros que se proporcionan para el diagnóstico, la prevención secundaria o terciaria, la mejora, la intervención, la rehabilitación o atención y el tratamiento de una afección de salud mental, IDD o uso de sustancias. Los servicios deben estar dentro de los estándares generalmente aceptados de práctica médica y no principalmente para la conveniencia de una persona, y los servicios deben prestarse en el entorno menos costoso y de la manera adecuada para tratar la afección de salud mental, IDD o uso de sustancias de la persona.

Mediación: el proceso de reunir a personas o agencias en conflicto con una tercera persona neutral que los ayuda a llegar a una solución mutuamente aceptable.

Medicare: Medicare es un seguro de salud para las personas de 65 años o más, o personas menores de 65 que presentan ciertas discapacidades y de cualquier edad que presente enfermedad renal en etapa terminal (también conocida como ESRD [End-Stage Renal Disease]/insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

Entorno más integrado: el entorno de atención menos restrictivo, necesario para tratar de manera eficaz a un participante. Un entorno integrado es aquel en que una persona con una discapacidad participa en las mismas actividades y entornos que compañeros sin discapacidad.

NC Innovations: una exención basada en el hogar y la comunidad conforme al artículo 1915(c) para personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo (IDD). Esta es una exención del nivel de atención institucional. Los fondos que podrían utilizarse para atender a una persona en un centro de atención intermedia pueden utilizarse para atender a personas de la comunidad.

Plan de salud MH/DD/SAS de North Carolina: una exención de atención administrada de Medicaid conforme al artículo 1915(b) para servicios de salud mental y abuso de sustancias que permite una exención de libertad de elección de proveedores para que Alliance pueda determinar el tamaño y el alcance de la red de proveedores. Esto también permite el uso de fondos de Medicaid para servicios alternativos.

Apoyo natural: personas que brindan asistencia, atención y apoyo a una persona sin recibir el pago por dicho apoyo. El apoyo natural puede incluir a padres, hermanos, miembros de la familia extendida, vecinos, miembros de la iglesia o compañeros de trabajo.

Proveedor de red: un proveedor debidamente acreditado de servicios de salud mental, IDD y uso de sustancias que ha celebrado un contrato para participar en la red de Alliance.

Servicios fuera del plan: servicios de atención médica que el plan no está obligado a prestar según los términos de este contrato. Los servicios están cubiertos por Medicaid y son reembolsados en forma de tarifa por servicio.

Proveedor fuera de la red: consultorio o agencia que ha sido aprobado como proveedor fuera de la red y ha celebrado un acuerdo de caso único con Alliance. El proveedor fuera de la red no se ofrece como una opción de referencia a los miembros de Alliance.

Plan centrado en la persona: documento que incluye información importante sobre el participante, sus objetivos de vida y los pasos que deben seguir tanto el equipo de planificación como el participante para alcanzarlos. También identifica las necesidades de apoyo e incluye una combinación de apoyo natural y pago de familiares y amigos, y apoyo comunitario.

Plan prepago de salud para pacientes internos (PIHP): Alliance, al igual que todas las organizaciones de atención administrada (MCO) de North Carolina, funciona como un Plan prepago de salud para pacientes internos (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP) mediante el cual se gestionan y autorizan todos los servicios de salud mental, IDD y abuso de sustancias para los participantes de Medicaid en los condados de Cumberland, Durham, Harnett, Johnston, Mecklenburg, Orange y Wake.

Red de proveedores: agencias o profesionales contratados por Alliance para prestar servicios autorizados a las personas elegibles.

Evaluación de las necesidades de asistencia y del riesgo: una evaluación de los factores que, si no se tratan, pueden constituir una gran amenaza para la salud y el bienestar de un participante. Entre estos se incluyen: riesgos para la salud (afecciones médicas que requieren atención y tratamiento continuos); riesgos conductuales (conductas o afecciones que pueden dañar a la persona o a los demás), y riesgos para la seguridad personal (p. ej., capacidad de hacer una evacuación de manera segura e independiente).

Revisión de reconsideración: revisión de un resultado o decisión previa por parte de Alliance basada en la solicitud de reconsideración del proveedor y cualquier material adicional presentado por el proveedor.

Gasto reducido: término de Medicaid utilizado para indicar el monto en dólares de los cargos en los que debe incurrir un miembro de Medicaid antes de que comience la cobertura de Medicaid durante un período específico.

Plan estatal: término que hace referencia al Plan estatal de Medicaid para los servicios de Medicaid del estado de North Carolina aprobado por el Centro para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI): programa de seguridad social que paga beneficios a adultos y niños discapacitados que tienen ingresos y recursos limitados.

Servicios de apoyo: servicios que permiten a una persona vivir en su comunidad. Entre estos se incluyen los servicios que brindan asistencia directa a la persona y/o los servicios que brindan asistencia a los cuidadores y/o al personal de apoyo de la persona.

Departamento de Gestión de la Utilización (UM): es el departamento de Alliance responsable de aprobar los Planes de asistencia individual y de autorizar los servicios necesarios desde el punto de vista médico. Los administradores de atención trabajan en el Departamento de UM.

Acrónimos

ACTT	Equipo de tratamiento comunitario asertivo
ASAM	Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción (American Society of Addiction Medicine)
CALOCUS	Sistema de Utilización del Nivel de Atención del Niño y el Adolescente (Child and Adolescence Level of Care Utilization System)
CFAC	Comité de Orientación del Paciente y la Familia (Consumer and Family Advisory Committee)
CST	Equipo de apoyo comunitario
DHB	División de Beneficios para la Salud (Division of Health Benefits)
DHHS	Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services)
DMH/DD/SAS	División de Servicios de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Abuso de Sustancias (Division Mental Health/Developmental Disabilities/Substance Abuse Services)
DOC	Departamento de Correcciones (Department of Corrections)
DSS	Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services)
EPSDT	Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment)
HRC	Comité de Derechos Humanos (Human Rights Committee)
ICF/IDD	Centros de atención intermedia para pacientes con discapacidades intelectuales
IDD	Discapacidades intelectuales o del desarrollo
LOCUS	Sistema de Utilización del Nivel de Atención (Level of Care Utilization System)
LME/MCO	Entidad de Gestión Local/Organización de Atención Administrada (Local Management Entity/Managed Care Organization)
MH	Salud mental
NC-TOPPS	Sistema de Rendimiento del Programa y Resultados de Tratamientos de North Carolina (North Carolina Treatment Outcomes and Program Performance System)
PAD	Instrucciones psiquiátricas anticipadas
PCP	Plan centrado en la persona
SOC	Sistema de atención
SSI	Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income)
SU/SUD	Uso de sustancias/trastorno de uso de sustancias
UM	Gestión de la utilización
UR	Revisión de la utilización

Registro de revisión y revisiones

FECHA	PÁGINA/SECCIÓN	DESCRIPCIÓN
Noviembre de 2018	Todo el documento	Revisión del CFAC, de la División de Asistencia Médica (Division of Medical Assistance, DMA) e interdepartamental
Noviembre de 2019	Todo el documento Modificaciones a la sección 4 (Ayuda en una crisis), la sección 7 (Proveedores fuera de la red) y la sección 9 (Derechos de los miembros y Hacer recomendaciones a las políticas y servicios de Alliance)	Revisiones de la organización externa de revisión de calidad (External Quality Review Organization, EQRO)
Julio de 2021	Página 32, bajo el título ¿Qué son las poblaciones con necesidades especiales? Sección 10: ¿Cómo presento una apelación o una queja formal?	Revisiones de la organización externa de revisión de calidad (External Quality Review Organization, EQRO)
Octubre de 2022	Documento completo, incluyendo adición de los condados de Mecklenburg y Orange al área de captación	Revisiones de la organización externa de revisión de calidad (External Quality Review Organization, EQRO)
Febrero de 2024	Todo el documento	Se agregó el condado de Harnett