



Manual para el individuo y la familia

Alliance
BEHAVIORAL HEALTHCARE

Alliance

BEHAVIORAL HEALTHCARE

Oficina corporativa

4600 Emperor Boulevard
Durham, NC 27703

Línea gratuita de información y acceso, disponible las 24 horas: (800) 510-9132

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 Behavioral Healthcare al (800) 510-9132.

La edición actual de este manual se encuentra disponible en el sitio web de Alliance:

www.AllianceBHC.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.

Los servicios que se describen en este manual se encuentran disponibles únicamente para los residentes que reúnen los requisitos de los condados de Durham, Wake, Cumberland y Johnston, del estado de Carolina del Norte. Envíe sus comentarios y sugerencias por correo a la siguiente dirección:

Oficina de asuntos del individuo y la familia
Alliance Behavioral Healthcare
4600 Emperor Boulevard
Durham, NC 27703

Nombres y números de teléfono importantes

**Línea gratuita de información y acceso, disponible las 24 horas:
(800) 510-9132**

Servicio de llamadas con mensajes: 711 o (800) 735-2962

El servicio de llamadas con mensajes es el enlace confidencial y claro entre la audición y las personas sordas, con discapacidad auditiva, ciego-sordas y 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 se encuentra disponible en cualquier momento y en cualquier lugar, sin costo adicional. Para acceder al servicio, marque 711 o llame a la línea gratuita al (800) 735-2962. No hay restricciones acerca de cuándo puede usar este servicio, ni límites en la duración de la llamada, pero es posible que se demoren en atender cuando hay mucha demanda. En este momento, se ofrece el servicio en inglés y en español.

Si usted puede escuchar, tiene discapacidad auditiva o es sordo, marque 711 o llame al (800) 735-2962 para comunicarse con un operador del servicio de llamadas con mensajes. Una vez que se comunique, dele el número y la extensión con los que desea comunicarse y el operador los marcará por usted. El operador puede comunicarse usando su voz o un teléfono de texto (TTY). Con los usuarios de TTY, se comunicará por escrito; con las personas que puedan escuchar, se comunicará oralmente. Los operadores del sistema de mensajes no son parte de la conversación y no pueden emitir opiniones.

Ayuda en otros idiomas que no sean el inglés

El personal del Centro de información y acceso de Alliance 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.

Registre aquí la información de su proveedor:

Nombre y número de mi proveedor
de atención primaria

Nombre y número de mi proveedor
de atención de salud conductual

Nombre y número de mi
Coordinador de atención:

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 Behavioral Healthcare. Alliance es una organización de atención de salud conductual pública 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 Durham, Wake, Cumberland y Johnston. 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 nuestra línea de información y acceso 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

Bienvenido al Plan de salud Alliance

Servicios de salud mental, discapacidades intelectuales/del desarrollo y uso/adicción de sustancias

Alliance administra la atención de salud conductual para miembros y familias con Medicaid y fondos estatales en la región de Alliance. Los servicios se administran a través de la Oficina corporativa de Alliance en Durham y oficinas comunitarias en el área de cuatro condados que cubre el Plan de salud Alliance.

Oficina corporativa de Alliance

4600 Emperor Boulevard
Durham, NC 27703

Oficina de Durham

414 East Main Street
Durham, NC 27701

Oficina de Wake

5000 Falls of Neuse Road
Raleigh, NC 27609

Oficina de Cumberland

711 Executive Place
Fayetteville, NC 28305

Oficina de Johnston

521 North Brightleaf Boulevard
Smithfield, NC 27577

Las llamadas administrativas a todas las oficinas pueden dirigirse al (919) 651-8401. Puede encontrar un directorio de contactos departamentales en www.AllianceBHC.org.

Introducción y Guía a sus beneficios

Lea este manual. Contiene información que lo ayudará a acceder a servicios para satisfacer sus necesidades de atención de salud mental, discapacidades intelectuales/del desarrollo y uso/adicción de sustancias. También incluye información de contacto para Alliance Behavioral Healthcare. Si usted no tiene Medicaid, puede obtener información sobre la disponibilidad de servicios financiados por el estado u organismos locales dentro de su área.

Queremos facilitarle el acceso a los servicios. Si tiene preguntas, llame a la **línea gratuita de información y acceso de Alliance, disponible las 24 horas: (800) 510-9132**. Avísenos si necesita un intérprete o asistencia en un idioma que no sea el inglés. Podemos brindarle servicios de traducción de muchos idiomas diferentes. También podemos proporcionarle este manual en inglés, si lo solicita.

El horario de atención habitual es de 8:30 a. m. a 5:15 p. m. Nuestro Centro de información y acceso atiende llamadas las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año, a través de la **línea gratuita de Alliance, disponible las 24 horas: (800) 510-9132**. Cuando llame a este número, se comunicará con un profesional calificado que podrá brindarle información, derivarlo a un proveedor y programar consultas. Siempre se encuentran disponibles médicos clínicos matriculados para ayudar ante una crisis. También puede llamar a este número para solicitar una copia de este manual.

Ante una emergencia médica, marque 911.

Índice

Información sobre Alliance Behavioral Healthcare	Página 7
El Plan de salud Alliance y NC Innovations	Página 9
Derechos y responsabilidades del miembro	Página 12
Servicios del Plan de salud Alliance	Página 15
Servicios financiados por el estado para niños y adultos sin Medicaid	Página 19
Acceso a los servicios y la Red de proveedores de Alliance	Página 21
Preguntas para hacer antes de comenzar a recibir los servicios	Página 28
Apelaciones y quejas	Página 30
Fraude y abuso	Página 37
Coordinación de la atención	Página 38
Gestión de la utilización	Página 45
Gestión y apoyo	Página 48
Aviso de prácticas de privacidad de Alliance	Página 50
Glosario de palabras y términos a conocer	Página 57
Acrónimos	Página 63

Información acerca de Alliance Behavioral Healthcare

Alliance es una organización de atención administrada que autoriza Medicaid y fondos estatales para los miembros de la región de Alliance que necesitan recibir servicios de salud mental, por discapacidades intelectuales/del desarrollo, y por uso/adicción de sustancias. Contamos con cinco oficinas en la región de Alliance:

Oficina corporativa de Alliance

4600 Emperor Boulevard
Durham, NC 27703

Oficina de Durham

414 East Main Street
Durham, NC 27701

Oficina de Wake

5000 Falls of Neuse Road
Raleigh, NC 27609

Oficina de Cumberland

711 Executive Place
Fayetteville, NC 28305

Oficina de Johnston

521 North Brightleaf Boulevard
Smithfield, NC 27577

Las llamadas administrativas a todas las oficinas pueden dirigirse al (919) 651-8401. Puede encontrar un directorio de contactos departamentales en www.AllianceBHC.org.

Alliance cuenta con acreditación nacional para proporcionar actividades de gestión de la utilización otorgada por la Comisión de Acreditación de Revisión de Utilización (Utilization Review Accreditation Commission, URAC), una compañía que acredita a las agencias relacionadas con atención médica y planes de salud. La organización está a cargo de una Junta Directiva, con representantes de cada uno de los condados de Alliance.

La filosofía de Alliance es la de autodirección y recuperación. Alliance considera que se logran mejores resultados cuando las personas reciben el nivel de servicios correcto, en la cantidad correcta, en el momento correcto. Alliance administra de manera eficaz los recursos para garantizar a sus miembros la calidad en todo el sistema. Los servicios se prestan a través de una red de médicos matriculados y proveedores de la comunidad, y son controlados de cerca para verificar su calidad.

Alliance agradece el envío de comentarios como forma de mantener servicios de calidad e intenta resolver las inquietudes y las quejas de manera rápida y eficiente. Los miembros y sus familias que deseen informar sus inquietudes pueden llamar a la **línea gratuita de información y acceso de Alliance, disponible las 24 horas, al (800) 510-9132**. Las quejas formales pueden hacerse de manera anónima (sin necesidad de que se identifique).

Alliance valora un sistema impulsado por las prioridades de los miembros y las familias. Los valores de recuperación, autodeterminación, resistencia, planificación centrada en el individuo y servicios impulsados por el individuo y la familia son la base del sistema en Alliance. Creemos que es importante trabajar en conjunto con nuestros miembros, sus familias y la comunidad para abordar los desafíos de las necesidades de servicios de salud mental, discapacidades intelectuales/del desarrollo y uso/adicción de sustancias.

Para obtener más información sobre Alliance, llame a la **línea gratuita de información y acceso de Alliance, disponible las 24 horas, al (800) 510-91321** o visite nuestro sitio web en www.AllianceBHC.org.

Cuando lo solicite un paciente inscrito, Alliance proporcionará información sobre la estructura y el funcionamiento de la agencia, y que no existen planes de incentivos para médicos. Las descripciones de nuestros departamentos se encuentran disponibles en nuestro sitio web en www.alliancebhc.org/about-alliance/departments/.

El Plan de salud Alliance y NC Innovations

El Plan de salud Alliance es un plan de salud prepagado financiado por Medicaid. Medicaid paga numerosos servicios de salud mental, discapacidades intelectuales/del desarrollo y uso/adicción de sustancias. Alliance opera el Plan de salud Alliance conforme al programa de exención de Medicaid 1915(b)/(c), que permite la renuncia a algunos de los requisitos de Medicaid a fin de proporcionar alternativas al sistema tradicional de prestación de servicios. Si usted tiene una tarjeta válida de Medicaid a través de alguno de los condados de la región de Alliance, es miembro del Plan de salud Alliance.

Los servicios disponibles incluyen los servicios de Medicaid actuales que se ofrecen en Carolina del Norte y algunos servicios adicionales creados para tratar y apoyar las necesidades individuales a través de prácticas basadas en evidencia. El Plan de salud Alliance pone la prioridad en el tratamiento en un entorno integral, la atención a la persona en todo sentido, la concentración en las fortalezas, y no en las debilidades, del individuo.

NC Innovations es un programa de exención para servicios basados en el hogar y la comunidad para personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo, y forma parte del Plan de salud Alliance. El Centro para los Servicios de Medicare y Medicaid limita la cantidad de personas que participan en NC Innovations, según la disponibilidad de fondos y los requisitos del programa. NC Innovations proporciona servicios a personas de cualquier edad cuyas habilidades de adaptación a las circunstancias cotidianas se ven reducidas considerablemente por una discapacidad intelectual o del desarrollo.

NC Innovations ofrece flexibilidad a personas que residen en viviendas particulares y a sus comunidades. Los servicios que promueven una mayor independencia incluyen lo siguiente:

- Socialización: conocimiento de uno mismo, autocontrol, desarrollo de relaciones personales.
- Capacitación y asistencia para realizar actividades cotidianas: comer, bañarse, vestirse, asearse y trasladarse.
- Participación en la comunidad: recreación, destrezas de tiempo libre, uso de recursos y centros comunitarios.

NC Innovations ofrece la oportunidad de que los participantes autodirijan sus servicios en la medida deseada. La autodirección, también conocida como asistencia dirigida por la persona y la familia, se origina a partir de los principios de autodeterminación. El servicio permite a los participantes desempeñar un papel fundamental a la hora de decidir cómo planificar, obtener y mantener los servicios que ellos mismos reciben. Existen dos modelos de autodirección disponibles a través de NC Innovations: Agencia con opción y Empleador de registro.

Ambas opciones de autodirección están disponibles para los participantes de NC Innovations a través de Alliance en este momento. El participante también puede volver a los servicios dirigidos por el proveedor en cualquier momento. Puede obtener más información en la Guía para el paciente y la familia de NC Innovations de Alliance, que se encuentra disponible en línea en www.AllianceBHC.org.

Familiares y tutores legales como proveedores directos de servicios

Se recomienda que un familiar que viva en el mismo hogar del participante del programa de exención preste no más de 40 horas por semana de servicio a la persona. Esto se debe informar a Alliance Behavioral Healthcare, pero no requiere de una aprobación previa.

Se requiere que las agencias prestadoras y los empleadores oficiales informen sobre los familiares/tutores legales que actúen como asistencia remunerada al coordinador de atención de discapacidad intelectual y del desarrollo (Intellectual and Developmental Disability, I/DD) de Alliance Behavioral Healthcare del participante del programa de exención. El coordinador de atención de I/DD debe incluir esta información en el Plan de asistencia individual (Individual Support Plan, ISP) de Innovations del participante del programa de exención. El ISP debe contener documentación que indique que el participante del programa de exención está de acuerdo con la contratación del familiar, y que se le ha dado la oportunidad de considerar plenamente todas las opciones para la contratación de personal no emparentado para la provisión de servicios del programa de exención.

Si se solicita que el familiar que vive en el mismo hogar que el participante preste más de 40 horas, entonces debe obtenerse la APROBACIÓN PREVIA de Alliance. Deben proporcionarse todas las siguientes justificaciones:

- Por qué no existe otro personal calificado para proporcionar Asistencia y vida comunitaria.
- Garantías de que el participante del programa de exención pudo elegir al personal.
- El participante del programa de exención no será aislado de su comunidad.

Puede encontrar mucha más información sobre los familiares como proveedores en www.AllianceBHC.org.

¿Cuáles son los beneficios de los programas de exención?

- Elección de proveedores en nuestra red.
- Voz en cuanto a la forma de prestar tratamiento.
- Se satisfacen las necesidades que se requieren desde el punto de vista médico dentro de los recursos disponibles y los límites de los beneficios.
- Proceso para la resolución de quejas y apelaciones.
- Segundas opiniones.
 - La innovación impulsada por la forma en que se prestan los servicios.
 - Integración de la comunidad.

¿Cuáles son los requisitos de un programa de exención?

Como entidad de gestión local (Local Management Entity, LME)/organización de atención administrada (Managed Care Organization, MCO) que opera un programa de exención 1915(b)/(c), Alliance debe:

- Proporcionar comunicación telefónica las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Proporcionar derivaciones de emergencia en el plazo de una hora.
- Atención de emergencia en el plazo de 2 horas.
- Atención de urgencia en el plazo de 48 horas (generalmente, una evaluación).
- Atención de rutina en el plazo de 10 días hábiles.
- Exigir a los proveedores que respeten los tiempos de espera para las consultas:
 - Consultas programadas: 60 minutos.
 - Consultas sin cita previa: 2 horas.
 - Emergencias: en persona, dentro de las 2 horas; si está en peligro la vida, atención inmediata.
- Ofrecer todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico en el plan de beneficios, independientemente de si existe o no un proveedor para ese servicio dentro de la red.
- Contar con personal calificado para evaluar los servicios solicitados por los proveedores.
- Ofrecer una red de proveedores calificados y que el miembro tenga la opción de al menos dos proveedores.
- Tener una opción de proveedores en un radio de 30 millas en una zona urbana.
- Proporcionar material escrito en el que se explique el plan de beneficios, el acceso a los servicios y los derechos de los miembros dentro de los 14 días de recibido el primer servicio.
- Facilitar una mejor comunicación con acceso a los encargados de la toma de decisiones a nivel local.
- Administrar eficientemente los fondos públicos y reinvertir los ahorros en más servicios.
- Ofrecer tasas de reembolso que incentiven mejores prácticas o un mejor servicio a un grupo específico de miembros.
- Mantener los fondos en el sistema público.
- Ajustar los servicios existentes para satisfacer las necesidades cambiantes.
- Ofrecer al individuo y la familia la posibilidad de dar sus opiniones en una Encuesta de satisfacción del paciente, anual.

Recomendación de cambios en las políticas y servicios de Alliance

Los pacientes inscritos tienen derecho a recomendar cambios para las políticas y servicios de Alliance. Para hacerlo, pueden enviar sus recomendaciones por correo electrónico al director de la Oficina de asuntos del individuo y la familia a dwright@AllianceBHC.org o por correo postal a:

Alliance Behavioral Healthcare
Oficina de asuntos del individuo y la familia
4600 Emperor Boulevard, Suite 200
Durham, NC 27703

Derechos y responsabilidades del miembro

Si obtiene Medicaid a través de alguno de los condados de la región de Alliance, usted 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?

Alliance considera que cada miembro tiene los siguientes derechos:

- Derecho a recibir información sobre Alliance, sus servicios, sus proveedores y los derechos y las responsabilidades de los miembros presentados, de manera que usted pueda comprender.
- Derecho a ser tratado con respeto y al reconocimiento de su dignidad y derecho a la privacidad.
- Derecho a participar con proveedores en la toma de decisiones relacionadas con la atención médica.
- Derecho a mantener una conversación sincera con proveedores 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, tomar en cuenta los riesgos, los beneficios y las 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 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 recibir un tratamiento en el entorno más natural y adecuado a la edad y menos restrictivo posible.
- 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 o mental, 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 (Mental Health/Development

Disabilities/Substance Abuse, MH/DD/SA) (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]).

- Tiene 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 paciente inscrito reciba una opinión fuera de la red, sin costo alguno para el paciente.
- Tiene derecho a hacer preguntas cuando no entiende algún aspecto relacionado con su atención o lo que debe hacer.
- Derecho a expresar quejas 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 inscritas que viven en hogares de cuidado para adultos a reportar cualquier sospecha de violación de un derecho de inscrito a la autoridad reguladora correspondiente.
- Derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de Alliance.
- Derecho a la libertad de expresión y a la libertad de culto.
- Derecho a la igualdad de oportunidades laborales y educativas.
- Tiene derecho a obtener servicios de traducción oral gratuitos.

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 venéreas.
- Para el embarazo.
- Para tratar el abuso de sustancias controladas o alcohol.
- Para tratar trastornos 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 o

- enfermero 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 el individuo.
- Respetar los derechos y las pertenencias de otros individuos y del personal de Alliance y de los proveedores.
- Respetar la privacidad y la seguridad de otros individuos.
- 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 atenderlo.
- Seguir las normas estipuladas en los programas de los servicios de día, de noche o de 24 horas.
- Ser considerado con otros individuos 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.

Educación y capacitación

Alliance brinda oportunidades educativas a nuestros pacientes inscritos, familias y otros miembros de la comunidad y anima a la asistencia y participación. Puede conocer más información en el calendario de nuestro sitio web en www.AllianceBHC.org o comunicándose con el director de la Oficina de asuntos del individuo y la familia a dwright@AllianceBHC.org.

Servicios del Plan de salud Alliance

El Plan de salud Alliance cubre servicios para personas con las siguientes necesidades:

- Salud mental
- Uso/adicción de sustancias
- Discapacidades intelectuales/del desarrollo

La actual variedad de servicios se basa en la lista de servicios de Medicaid de la División de Asistencia Médica (DMA) para servicios de salud conductual y discapacidades del desarrollo y en la lista de servicios financiados por el estado de la División de Servicios de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Abuso de Sustancias (DMH/DD/SAS) de Carolina del Norte.

Las definiciones de servicio se encuentran en el Plan de Asistencia Médica del Estado de Carolina del Norte (North Carolina State Plan for Medical Assistance), el Programa de exención del Plan de salud MH/SA de Carolina del Norte (NC MH/SA Health Plan Waiver), las Políticas de cobertura médica de la DMA (DMA Clinical Coverage Policies) y el Manual de definiciones de servicios actual de la DMH/DD/SAS (DMH/DD/SAS Service Definitions Manual) (APSM 1026), que incluye las siguientes disposiciones:

- Criterios de admisión
- Criterios de continuación
- Criterios de alta
- Financiación adecuada para los servicios
 - Medicaid
 - Estado

Si tiene preguntas acerca de los servicios y su elegibilidad para recibirlos, llame a la **línea gratuita de información y acceso de Alliance, disponible las 24 horas, 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 reunir los requisitos para la cobertura de Medicaid en la región de Alliance, debe:

- Ser ciudadano estadounidense o presentar evidencia de su estado de inmigración que reúna los requisitos.
- Ser residente de Carolina del Norte.
- 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:

Seguridad de Ingreso 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 otras formas de reparto de costos a los pacientes inscritos de Medicaid para los servicios de Medicaid conforme al contrato con la División de Asistencia Médica de Carolina del Norte. Además, no se requiere que los pacientes inscritos abonen las citas a las que no asisten.

Su tarjeta de Medicaid

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 cuatro condados en los que prestamos servicios, en su tarjeta encontrará impresos el nombre y el número de teléfono gratuito del Centro 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.

¿Qué sucede si necesito a un proveedor de especialidades?

Llame a nuestra línea de Acceso e información al (800) 510-9132. Nuestro personal sabe sobre nuestros servicios de especialidades y cómo acceder a los beneficios de Medicaid que no están cubiertos, y puede ayudar con una derivación.

Descripción de servicios

Existen tres niveles de servicios disponibles para las personas con Medicaid que reúne 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:

- **Beneficios básicos**

- 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 una simple derivación de un proveedor de la red de Alliance o del Centro de información y acceso.
- No requieren autorización previa.
- Incluyen la evaluación y administración de medicamentos continuas por parte de un psiquiatra, un asistente de psiquiatría o un enfermero registrado especializado en prácticas avanzadas.
- Generalmente no se asignan a un administrador/coordinador de atención de Alliance.

- **Beneficios mejorados**

- 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 el individuo del miembro.
- Generalmente requieren autorización previa.
- Proporcionan una amplia variedad de servicios y asistencia que:
 - Son adecuados para miembros que buscan recuperarse de formas graves de una enfermedad mental y del uso/de la adicción de sustancias.
 - Abordan las necesidades de los miembros con discapacidades intelectuales/del desarrollo.
- Sumamente coordinados para garantizar que el miembro reciba los servicios adecuados sin que haya duplicación de servicios.

- **Residenciales**

- Servicios 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, 1 a 6 camas).
- Sumamente coordinados.
- Pueden tener limitación de tiempo o ser de mayor plazo.

Cómo acceder a servicios de Medicaid que no están cubiertos por el Plan de salud Alliance para menores de 21 años

Los menores de 21 años pueden calificar para ciertos servicios de Medicaid que no están disponibles conforme al Plan de salud Alliance. Estos servicios pueden estar cubiertos por el beneficio de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) de Medicaid. Si se cumplen los criterios respecto de EPSDT, es posible que los límites que se aplican a los servicios contemplados en el Plan de salud Alliance no se apliquen a menores de 21 años. Si cree que los servicios disponibles de acuerdo con el Plan de salud Alliance no son adecuados para satisfacer sus necesidades o las necesidades de su hijo, comuníquese con su proveedor de servicios o coordinador de atención, si corresponde, para analizar el proceso por el cual podrá obtener servicios no cubiertos o exceder los límites de los beneficios. El proveedor de servicios o el coordinador de atención pueden ayudar a localizar servicios no cubiertos y a presentar una solicitud ante Alliance para dichos servicios.

¿Qué es el programa de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)?

Las leyes federales exigen a Medicaid el pago de ciertos exámenes periódicos de visión, dentales y de audición con fines de detección para menores de 21 años. Los servicios deben ser necesarios desde el punto de vista médico para corregir o aliviar un defecto, una enfermedad mental o física, o una afección identificada a través de una evaluación. Esto significa que el servicio debe ser necesario para mejorar o mantener la salud de un niño en el mejor estado posible, compensar un problema de salud, prevenir que empeore o prevenir el desarrollo de problemas médicos adicionales.

¿Cuáles son los criterios de EPSDT?

- El servicio debe estar dentro del alcance de aquellos que se encuentran en la Ley del Seguro Social (Código de los Estados Unidos [United States Code, USC], Título 42, Sección 1396d(a)). Para los fines del Programa de exención de Innovations, esto significa que la Guía comunitaria, la Red comunitaria, la Transición a la comunidad, los Servicios de crisis, la Asistencia financiera, la Asistencia de día, la Asistencia residencial, la Asistencia en el empleo, las Modificaciones en el hogar, la Asistencia intensiva en el hogar, la Formación de destrezas en el hogar, algunos Productos y servicios individuales, el Relevo, los Servicios especializados de consulta y las Modificaciones al vehículo no están cubiertos según el beneficio de EPSDT.
- El servicio debe ser necesario desde el punto de vista médico para corregir o aliviar un defecto, una enfermedad mental o física, o una afección diagnosticada por el médico, el terapeuta u otro médico matriculado que atienda al niño.
- El servicio solicitado debe ser un servicio médico.
- El servicio debe ser seguro.
- El servicio debe ser efectivo.
- El servicio debe estar reconocido en general como un método aceptado de una práctica o un tratamiento médicos.
- El servicio no debe ser un servicio experimental o de investigación. Esto, en general, significa que los ensayos clínicos no están cubiertos por el beneficio de EPSDT.

Para obtener más información sobre el beneficio de EPSDT, llame a la **línea gratuita de información y acceso de Alliance, disponible las 24 horas, al (800) 510-91321** o hable con su proveedor de atención médica.

Cambios significativos 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 individuo y la familia y el director de Comunicaciones, redactarán una notificación escrita y darán aviso sobre el cambio a los individuos en un plazo de al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.

Servicios financiados por el estado 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 financiados por el estado, puede visitar nuestro sitio web: www.AllianceBHC.org. La mayoría de los servicios financiados por el estado requiere la autorización previa de Alliance y, para acceder a ellos, usted debe comunicarse con el **Centro de información y acceso de Alliance al (800) 510-9132**. Parte del proceso de elegibilidad para recibir servicios financiados por el estado se basa en los ingresos del individuo 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. Algunos servicios en caso de crisis se encuentran a disposición de los individuos dentro de la región de Alliance, independientemente del lugar de residencia o la capacidad de pago del individuo.

Alliance cuenta con un monto limitado de fondos estatales para pagar servicios de tratamiento; por lo tanto, los requisitos de acceso al servicio y los máximos de los beneficios pueden ser diferentes de los requisitos de Medicaid para el mismo servicio. En algunos casos, los individuos que requieren servicios financiados por el estado pueden quedar en una lista de espera. Esto sucede cuando:

- 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 financiado por el estado.

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 de Alliance. El Departamento trabaja luego con los proveedores para identificar, en sus listas de espera, a los individuos potenciales. El proveedor y el personal del Departamento de Gestión de la Utilización de Alliance tendrán en cuenta los siguientes factores al seleccionar individuos de la lista de espera para que reciban servicios:

- Necesidad del servicio (el individuo 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 del individuo.
- La disponibilidad de otros recursos de financiación para satisfacer las necesidades del individuo.
- La cantidad de tiempo que el individuo ha estado en la lista de espera.

¿Reúno los requisitos para recibir servicios financiados por el estado?

Cada uno de los individuos inscritos en Alliance es evaluado para determinar su capacidad de pagar servicios financiados por el estado. La combinación de los ingresos brutos ajustados de un individuo y la cantidad de dependientes mostrará si el paciente puede pagar. Un individuo 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 un individuo superan este monto, la persona tendrá que pagar el 100 % del costo de los servicios financiados por el estado que le fueron prestados.

Acceso a los servicios y la Red de proveedores de Alliance

Alliance trabaja con una red de proveedores para garantizar la prestación de los servicios disponibles a los miembros. La Red de proveedores de Alliance está constituida por médicos particulares, consultorios grupales, agencias o centros y hospitales que ofrecen servicios a los miembros del Plan de salud Alliance. Los proveedores de la red:

- Han sido acreditados por Alliance y satisfacen los requisitos de elegibilidad para participar de la Red de proveedores de Alliance.
- En general, se encuentran y prestan sus servicios dentro de la región de Alliance.
- Tienen un contrato con Alliance para la prestación de servicios.

¿Cómo accedo a los servicios?

Puede acceder a los servicios por los siguientes medios:

- Por teléfono, a través de la **línea gratuita de información y acceso de Alliance, disponible las 24 horas: (800) 510-9132.**
- 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: www.AllianceBHC.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.

Si llamo a la línea gratuita de Alliance, disponible las 24 horas, ¿quién atenderá mi llamada?

Quienes atienden las llamadas a la línea gratuita de información y acceso de Alliance son profesionales calificados del Centro de información y acceso, que se encuentran disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. El personal del Centro de información y acceso está formado por los siguientes profesionales:

- Especialistas de acceso que pueden proporcionar información sobre recursos y servicios relacionados con salud mental, discapacidades intelectuales/del desarrollo y uso/adicción de sustancias, y ayudar con las derivaciones de rutina.
- Médicos clínicos de acceso que cuentan al menos con una maestría en el campo de la salud conductual, y están autorizados y capacitados para trabajar con pacientes que llaman por necesidades urgentes y de emergencia.

Puede llamar a este número si tiene las siguientes necesidades:

- Inscripción y evaluación de pacientes por teléfono para que reciban servicios de salud mental, discapacidades intelectuales/del desarrollo y uso/adicción de sustancias.

- Información sobre recursos comunitarios para salud mental, discapacidades intelectuales/del desarrollo y uso/adicción de sustancias.
- Intervención telefónica ante una crisis o para coordinar una evaluación clínica personal de emergencia en relación con una crisis.
- Derivación para recibir servicios de los proveedores de la red local de Alliance.

Si actualmente no recibe tratamiento pero desearía hacerlo, el primer paso es llamar al Centro de información y acceso para programar una consulta de evaluación e ingreso. Para garantizar que Alliance lo conecte con los mejores servicios para satisfacer sus necesidades, usted será evaluado con una herramienta de detección estandarizada de Carolina del Norte. La herramienta de detección consiste en realizarle preguntas acerca de lo siguiente:

- Qué cosas puede hacer todos los días y con qué cosas tiene dificultades.
- Su edad.
- Su educación.
- Su salud física.
- Problemas que pueda tener actualmente.
- Su seguridad.

Las evaluaciones generalmente se realizan por teléfono. Una vez completada la evaluación por teléfono cuando llama al Centro de información y acceso, la información se enviará al proveedor al cual lo derivan.

Si solicita la inscripción o está inscrito en el Programa de exención de NC Innovations o en los servicios de desinstitucionalización b(3), se lo comunicará con un coordinador de acceso, quien le dará información importante y podrá disponer que usted reciba una evaluación con el perfil de evaluación de necesidades de asistencia de Carolina del Norte (North Carolina Support Needs Assessment Profile, NC-SNAP), una herramienta que ayuda a evaluar sus necesidades individuales. En poco tiempo, el NC-SNAP puede ser reemplazado por la herramienta de escala de intensidad de asistencia Supports Intensity Scale (SIS)[™]. SIS[™] es una herramienta que mide la intensidad relativa de asistencia que necesita una persona con discapacidades intelectuales/del desarrollo para lograr una participación total en la vida de la comunidad.

¿Cómo puedo obtener una lista de proveedores de la Red de proveedores de Alliance?

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 www.AllianceBHC.org/wp-content/uploads/Alliance-Provider-Directory.pdf o llamando a la línea gratuita de información y acceso de **Alliance disponible las 24 horas al (800) 510-9132**. Alliance se esfuerza por garantizar que los miembros puedan elegir entre, al menos, dos proveedores.

Ubicación de los proveedores

La mayoría de los servicios estará disponible dentro de un radio de 30 millas, o de 30 a 45 minutos, de su hogar. Sin embargo, es posible que algunos proveedores especialistas se encuentren en otros condados. Alliance le ayudará a ubicar a un proveedor que pueda satisfacer sus necesidades y se encuentre lo más cerca posible de su hogar. Puede acceder a los servicios de emergencia de cualquier ubicación que ofrezca atención de emergencia sin autorización previa.

¿Puedo cambiar de proveedor?

Si no está satisfecho con su proveedor actual, tiene derecho a cambiar de proveedor. Para obtener información sobre otros proveedores, comuníquese con el Centro de información y acceso. Un operador lo ayudará a encontrar a un proveedor nuevo si usted no puede determinar cuál es el adecuado para usted. También puede acceder a información sobre proveedores a través de la herramienta de búsqueda de proveedores en línea en www.AllianceBHC.org.

¿Qué necesito llevar cuando visite a mi proveedor?

Cuando acuda a una consulta, debe llevar lo siguiente:

- Una lista de los medicamentos y suplementos que toma actualmente (recetados y de venta libre).
- Una lista de los programas en los que ha participado antes de la consulta (incluidas las fechas).
- Una lista de sus hospitalizaciones (incluidas las fechas).
- Su tarjeta de identificación de Medicaid u otra tarjeta de seguro, si corresponde.
- Un comprobante de ingresos para determinar su elegibilidad financiera para recibir los servicios.

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

Debe conseguir autorización previa para recibir servicios de un proveedor fuera de la red, a menos que sea una emergencia (por ejemplo, una hospitalización). Alliance autorizará el pago a un proveedor fuera de la red en los siguientes casos:

- el miembro no puede ser trasladado de manera adecuada o segura a un proveedor de la red, o
- el miembro requiere atención, pero no hay atención adecuada disponible con un proveedor 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. Para recibir autorización previa, **llame al Centro de información y acceso de Alliance al (800) 510-9132.**

¿Puedo recibir servicios de un proveedor fuera del área de Alliance?

A veces, se necesitan proveedores fuera del área de Alliance para afrontar la necesidad única o las desafiantes circunstancias de transporte o geográficas de un individuo o una familia.

Alliance Behavioral Healthcare autorizará los servicios a proveedores fuera de la red o fuera del área cuando el servicio solicitado sea cubierto por el plan de beneficios de Alliance y sea médicamente necesario para el tratamiento de las necesidades de salud de comportamiento; sin embargo, los proveedores de la red no están disponibles ni son accesibles para un individuo.

Llame a la línea de Acceso e información de Alliance al (800) 510-9132.

Prioridad de servicios

La prioridad de servicios que establece Alliance es la siguiente:

- Necesidades emergentes.
- Necesidades urgentes.
- Necesidades de rutina.

Una necesidad emergente es:

- Una afección que pone en peligro la vida, en la que usted tiene una conducta suicida, homicida o psicótica activa, muestra un trastorno formal del pensamiento o presenta alucinaciones y delirios que pueden dar lugar a autolesiones o lesiones a los demás, o es incapaz de ocuparse de sí mismo.
- Una afección que pone en peligro la vida en la cual usted (debido al uso de alcohol u otras drogas) tiene una conducta suicida, homicida o psicótica activa, muestra un trastorno formal del pensamiento o presenta alucinaciones y delirios que pueden dar lugar a autolesiones o lesiones a los demás, o es incapaz de ocuparse de sí mismo de manera adecuada sin supervisión debido a los efectos del uso crónico/adicción o dependencia de sustancias.

Los miembros con necesidades emergentes recibirán derivaciones las 24 horas del día. Alliance le proporcionará atención personal dentro de las **dos horas** de iniciada la solicitud de atención. En el caso de emergencias que ponen en peligro la vida, se proporcionará atención personal de inmediato.

Una necesidad urgente es:

- Una afección en la que usted no tiene una conducta suicida u homicida activa, niega tener un plan, los medios o la intención de suicidarse o cometer un homicidio, pero expresa sentimientos de desesperanza, impotencia o furia, tiene el potencial de convertirse en suicida u homicida activo sin intervención inmediata, muestra una afección que podría deteriorarse rápidamente sin intervención inmediata, o que sin derivación e intervención progresará a la necesidad de servicio y atención emergentes.

- Una afección en la que usted no se encuentra en riesgo inminente de autolesión o lesión a los demás, o es incapaz de ocuparse de sí mismo adecuadamente, pero a causa del uso de sustancias, requiere asistencia inmediata para evitar que su estado siga deteriorándose, en cuyo caso podría requerir asistencia de emergencia.

Los miembros con necesidades urgentes recibirán una evaluación o un tratamiento personal en el plazo de **dos días** de realizada la solicitud de atención.

Una necesidad de rutina es:

- Una afección en la que usted describe signos y síntomas que le provocan un impedimento o una dificultad para realizar las tareas cotidianas, en la que sus síntomas interfieren con su capacidad de participar en las actividades diarias o a causa de la cual su calidad de vida ha disminuido notablemente.
- Una afección en la que usted describe signos y síntomas causados por el uso de sustancias, lo cual da lugar a un nivel de discapacidad que podría ser diagnosticado como trastorno por uso de sustancias, conforme a la versión actual del Manual de diagnóstico y estadística (Diagnostic and Statistical Manual, DSM).

Los miembros con necesidades de rutina recibirán atención personal para la evaluación de servicios o el tratamiento dentro de los **catorce (14) días calendario** a partir de la fecha de solicitud de atención.

¿Qué hago ante una emergencia?

Las emergencias de salud mental pueden ser graves, pero **no siempre requieren** evaluación en la sala de emergencias de un hospital. La mayoría de las emergencias puede resolverse sin trasladar al paciente a la sala de emergencias y no requiere autorización previa. Antes de que una situación de emergencia se vuelva peligrosa para la vida, existen numerosos servicios especializados para crisis enfocados en las necesidades de las personas con enfermedad mental, abuso de sustancias y discapacidades intelectuales y del desarrollo a los que se puede acceder a través de Alliance. Si no se encuentra en una situación que pone en peligro la vida:

- Comuníquese con su proveedor.
- Llame a la **línea gratuita de Alliance, disponible las 24 horas, al (800) 510-9132** y un médico clínico matriculado lo ayudará a encontrar un centro de crisis en un establecimiento comunitario o una evaluación de crisis.

Alliance ofrece varias alternativas en lugar de buscar tratamiento en la sala de emergencias de un hospital:

- Centros de evaluación y crisis: 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: Son centros autorizados en los condados de Durham, Wake y Cumberland, 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 abuso de sustancias.

- **Servicios móviles para crisis:** Se trata de 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.

Centros de evaluación y crisis

Las personas pueden ser evaluadas y, si es necesario, se les brindarán servicios de estabilización 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.

**Centro de Respuesta de Recuperación
Durham**
(antes, Acceso al Centro Durham)
309 Crutchfield Street
Durham, NC
(las 24 horas)

UNC Health Care en WakeBrook
(antes, Servicios de Evaluación y crisis de
Wake)
107 Sunnybrook Road
Raleigh, NC
(las 24 horas)

**Centro comunitario de salud mental
(Community Mental Health Center)
en Cape Fear Valley Hospital**
1724 Roxie Avenue
Fayetteville, NC
(los 7 días de la semana, de 8:00 a. m.
a 10:00 p. m.)

**División de Salud Mental,
del Departamento de Salud del condado de
Johnston**
521 North Brightleaf Boulevard
Smithfield, NC
(de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.)

Consultas 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 para ocuparse de sí mismo o de los demás.

Servicios móviles para crisis

Los Servicios móviles para crisis pueden ofrecerle servicios de asistencia y asesoramiento personal en momentos de crisis. Alliance supervisa los Servicios móviles para crisis en los condados de Durham, Wake, Cumberland y Johnston. Los Servicios móviles para crisis:

- Pueden obtenerse si llama a la línea gratuita de información y acceso de **Alliance, disponible las 24 horas, al (800) 510-9132.**
- Ofrecen evaluación, tratamiento y derivación para el traslado seguro de una persona al centro donde se proporcionarán la asistencia y los servicios adecuados.
- Ofrecen ayuda para intoxicación, síndrome de abstinencia de una droga, alteración de la capacidad de juicio o pensamientos suicidas.

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

¿Qué sucede si soy miembro de un equipo de tratamiento comunitario asertivo (Assertive Community Support Team, ACTT) o un equipo de asistencia comunitario (Community Support Team, CST) o mi hijo recibe un servicio intensivo domiciliario?

Si usted es miembro de un equipo de tratamiento comunitario asertivo (Assertive Community Support Team, ACTT) o un equipo de asistencia comunitario (Community Support Team, CST), o si su hijo recibe un servicio intensivo domiciliario, su proveedor de servicios le dará otro número de teléfono para llamar. Llame primero a ese número para hablar con su proveedor o con el de su hijo. Si no puede comunicarse con su proveedor, llame a la **Línea de información y acceso de Alliance al: (800) 510-9132.**

Traslado a las consultas

Los servicios de traslado permiten que las personas con bajos ingresos puedan acceder a los recursos comunitarios y de salud que, de lo contrario, no estarían disponibles debido a la falta de

transporte público o privado. El Departamento de Servicios Sociales de su condado cuenta con una solicitud para el traslado aprobado por Medicaid. El traslado debe usarse para acudir a consultas médicas o para dirigirse a la farmacia y obtener los medicamentos recetados. Los pasajeros deben llamar de dos a siete días antes para organizar el traslado. No se aplican tarifas a los beneficiarios de Medicaid. Para aquellos que no están inscritos en Medicaid, el traslado depende del lugar disponible y puede costar entre \$1.50 y \$3.00 por cada dirección del recorrido.

Para obtener más información sobre los servicios de traslado en la región de Alliance, llame al Departamento de Servicios Sociales de su condado o a la **Línea de información y acceso de Alliance: (800) 510-9132.**

Preguntas para hacer a su proveedor antes de comenzar a recibir los servicios

- ¿Qué servicios presta su agencia? ¿Cómo planea ayudarme a mí y a mi familia?
- ¿Cómo decidió qué servicio solicitar para mí o para mi familia/hijo?
- ¿Qué sucederá si los servicios solicitados en mi nombre no son aprobados?
- ¿Existen reglas que usted deba seguir? ¿Con quién tengo que hablar si surge un problema con la persona asignada para trabajar conmigo? ¿Qué sucede si decido no trabajar con su agencia?
- ¿Puedo elegir con qué agencia trabajar y qué servicio recibir a través de su agencia?
- ¿Me ha dado o le ha dado a mi hijo un diagnóstico? ¿Quién puede ver ese diagnóstico? ¿Qué significa ese diagnóstico?
- ¿Qué capacitación recibió su agencia o su personal para trabajar conmigo o con mi familia?
- ¿Qué experiencia tiene en trabajar con familias o con niños como los míos?
- ¿Qué técnicas se utilizarán para ayudarme a mí o a mi familia a alcanzar nuestros objetivos?
- ¿Qué espera de mí o de mi familia? ¿Qué podemos esperar de su agencia?
- ¿Qué servicios solicitarán para mí o mi familia?
- ¿Para qué otros servicios somos elegibles mi hijo/mi familia o yo?
- ¿Durante cuánto tiempo considera que se prestará este servicio? ¿Existe un límite de tiempo durante el cual puedo recibir este servicio?
- ¿Qué es el plan centrado en el individuo (person-centered plan, PCP)? ¿Cómo participo del proceso del PCP? ¿Alguien más puede ver el PCP? ¿Puedo obtener una copia?
- ¿Qué sucede si no logro/mi hijo no logra alcanzar los objetivos establecidos en el PCP después de dos meses? ¿De cuatro meses? ¿De seis meses?
- ¿Quién decide si este servicio está funcionando? ¿Cómo lo sabremos (la familia/el equipo)?
- ¿Con qué frecuencia nos reuniremos? ¿Quiénes participarán cuando nos reunamos? ¿Quiénes cuentan como parte del equipo de tratamiento de la familia?
- ¿En dónde está permitido que nos reunamos? ¿Tiene que ser siempre en el domicilio?
- ¿Nos reuniremos la misma cantidad de tiempo durante todo el servicio o algunas veces nos reuniremos con menos frecuencia?
- ¿Qué otros recursos se encuentran disponibles para mí y mi familia?
- ¿Su personal tendrá alguna evidencia de que trabaja con su agencia?
- ¿Se ha realizado la verificación de antecedentes de su personal?
- ¿Por qué necesitan mi número de Medicaid? ¿Quién más tendrá acceso a mi número de Medicaid? ¿Hay algún costo o tarifa por este servicio que no cubra Medicaid?
- ¿Qué debo hacer si deseo revisar la información de mi historia clínica o de la historia clínica de mi hijo?

- ¿Qué sucede con mi información si dejo de trabajar con su agencia?
- ¿Con quién puedo comunicarme si tengo preguntas o inquietudes sobre los servicios de su agencia?

Apelaciones y quejas

Antecedentes

Los pacientes inscritos de Alliance tienen derecho a solicitar la apelación de una “medida” que se defina específicamente en el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) sección 438.400(b) que incluye lo siguiente:

- autorización rechazada o limitada de un servicio solicitado, incluido el tipo o nivel del servicio;
- reducción, suspensión o finalización de un servicio previamente autorizado;
- rechazo del pago de un servicio;
- No proporcionar servicios de forma oportuna; e
- incumplimiento de Alliance respecto de los plazos de queja o reclamación requeridos.

Proceso de quejas

Una queja es una expresión de descontento acerca de cualquier asunto que no tenga que ver con las decisiones sobre la solicitud de servicios de Medicaid. Algunos ejemplos podrían ser la calidad de los servicios proporcionados a través de Alliance y los aspectos de las relaciones interpersonales, tal como la rudeza de un proveedor de la red o de un empleado de Alliance, o el hecho de que Alliance o un proveedor de la red no respeten los derechos de un individuo. Para obtener más información acerca del proceso de apelaciones para las decisiones de Medicaid, puede visitar www.AllianceBHC.org.

Cualquier miembro, persona legalmente responsable o Proveedor de la red autorizado por escrito a actuar en representación de un individuo, es invitado a contactarse con Alliance si cree que los servicios que se proporcionan a un individuo son poco satisfactorios o si el bienestar físico o emocional del individuo está en peligro por dichos servicios. El personal de Alliance ayudará (completando formularios y otros pasos del procedimiento) a cualquier miembro, persona legalmente responsable y/o proveedor de la red autorizados por escrito a actuar en representación de un individuo para presentar una queja, según sea necesario, incluidos, entre otros, los servicios de intérprete y los números gratuitos con TTY/dispositivo de telecomunicaciones para sordos (Telecommunications Device for the Deaf, TDD) (800-735-2962) y las funciones de intérprete.

Las quejas se pueden presentar de las siguientes formas:

- El individuo puede llamar al Centro de información y acceso de Alliance al (800) 510-9132.
- Se puede enviar por fax una declaración escrita de la inquietud al (919) 651-8687.
- Se puede enviar una declaración escrita de la inquietud por correo electrónico a Complaints@AllianceBHC.org.
- El reclamante puede presentar su queja oral o escrita personalmente en la Oficina corporativa de Alliance ubicada en 4600 Emperor Boulevard, Suite 200, Durham NC, 27703, o en cualquiera de las oficinas comunitarias de Alliance que aparecen en el sitio web de Alliance (www.AllianceBHC.org).

Medicaid

El personal de gestión de calidad (Quality Management, QM) notificará al reclamante por escrito a través del Servicio Postal de los EE. UU. en el plazo de cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de la queja si esta se resolverá inicialmente de forma informal o por medio de una investigación. La respuesta inicial de Alliance ante la queja intentará resolver el asunto a través del diálogo informal para llegar a un acuerdo entre las partes. Alliance buscará resolver las quejas con celeridad y dará aviso escrito a todas las partes afectadas a través del Servicio Postal de los EE. UU. en el plazo máximo de noventa (90) días calendario a partir de la fecha en que Alliance recibió la queja. Alliance puede ampliar el plazo hasta catorce (14) días calendario si el cliente solicita la extensión o si se necesita información adicional y la demora es lo más adecuado para el cliente.

No es de Medicaid

El personal de gestión de calidad (Quality Management, QM) notificará al reclamante por escrito a través del Servicio Postal de los EE. UU. en el plazo de cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de la queja si esta se resolverá inicialmente de forma informal o por medio de una investigación. La respuesta inicial de Alliance ante la queja intentará resolver el asunto a través del diálogo informal para llegar a un acuerdo entre las partes. Alliance buscará resolver las quejas 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 quince (15) días calendario a partir de la fecha en que Alliance recibió la queja. Si la queja 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 y la fecha de resolución estipulada.

Si prefiere hablar de su problema informalmente antes de presentar una queja, comuníquese con la Oficina de asuntos del individuo y la familia de Alliance, al (800) 510-9132.

Proceso de apelación

Si recibe una carta de Alliance donde se rechaza su solicitud de servicios de Medicaid o servicios financiados por el estado, puede apelar esta decisión. También puede apelar reducciones, suspensiones o la terminación de los servicios existentes. **El primer paso del proceso de apelación es solicitar una apelación de nivel de la entidad de gestión local (Local Management Entity, LME)/organización de atención administrada (Managed Care Organization, MCO).** Esta apelación es una revisión de la decisión que dio lugar al rechazo, la reducción o la finalización del servicio. Al recibir la solicitud, el Director médico de Alliance, u otro médico que no había participado de la decisión original, revisará la decisión y la información revisada como parte de la decisión inicial y toda nueva información que se haya presentado. La revisión puede dar lugar a la anulación, la ratificación o la modificación de la decisión inicial por parte de Alliance.

¿En qué consiste el proceso para solicitar una apelación de nivel de la LME/MCO?

- Debe completar y enviar el formulario de apelación de nivel de la LME/MCO a Alliance en el plazo de **60** días posteriores a la fecha de envío del aviso de determinación adversa de los beneficios. Puede enviar el formulario por fax, correo, correo electrónico, por teléfono o en persona. Su proveedor, un amigo o un familiar pueden ayudarlo, si usted les da permiso para hacerlo.

Alliance Behavioral Healthcare, Attn: Appeals Department
4600 Emperor Boulevard, Suite 200
Teléfono: (919) 651-8545 o por fax: (919) 651-8682
UMAppeals@AllianceBHC.org

- Se debe realizar un seguimiento de las solicitudes orales por escrito con una solicitud de apelación escrita y firmada en el plazo de sesenta (60) días posteriores a la fecha de envío del aviso de determinación adversa de los beneficios, a menos que sea una solicitud de resolución acelerada.
- Alliance proporcionará una asistencia razonable con la presentación de una solicitud de apelación.
- Alliance le enviará una carta en la que informará que se recibió la solicitud de apelación.
- Puede solicitar la revisión de cualquier tipo de información utilizada en el proceso de apelación de nivel de la LME/MCO.
- También puede enviar cualquier información adicional que considere que respalda su solicitud para recibir los servicios de Medicaid.
- La prestación de servicios puede continuar durante la revisión, en ciertas circunstancias.
- Alliance deberá emitir una decisión escrita en un plazo máximo de treinta (30) días desde la recepción de la solicitud, excepto cuando, según la ley federal, Alliance pueda extender el plazo hasta catorce (14) días si el consumidor solicita una extensión o si Alliance demuestra que se necesita información adicional y que la demora es lo más adecuado para el consumidor.

Plazo y apelaciones aceleradas

Un paciente inscrito o su representante legal, o bien el proveedor (si actúa en nombre del paciente inscrito con el permiso escrito del paciente) pueden solicitar una apelación acelerada. La ley federal permite una apelación acelerada siempre que Alliance determine que la demora para llegar a una resolución estándar podría poner seriamente en peligro la vida o salud del paciente inscrito, o sus posibilidades de mantener o recuperar su capacidad funcional máxima.

Las solicitudes orales de una apelación acelerada pueden enviarse en el plazo de sesenta (60) días posteriores a la fecha de envío de la determinación adversa de los beneficios. No es necesario presentar una solicitud de apelación escrita en el caso de las solicitudes de apelación aceleradas que se presentan oralmente.

La resolución de apelación acelerada y el plazo de notificación verbal es de 72 horas a partir de la recepción, y la resolución escrita debe enviarse en el plazo de tres días calendario posteriores a la notificación verbal.

Alliance puede extender el plazo de apelación hasta catorce (14) días por (i) solicitud de un paciente inscrito, su representante o proveedor en su nombre; o bien, (ii) si se necesita información adicional, la demora para obtener esa información no depende de Alliance y la extensión es lo más adecuado para el paciente inscrito. Alliance notificará al paciente inscrito por escrito antes del vencimiento del plazo designado y este *Aviso de extensión* explica el derecho del paciente inscrito a presentar una queja si no está de acuerdo con la decisión de Alliance de extender el plazo de revisión.

Derechos de apelación o queja para los servicios del programa 1915(b)(3)

Los servicios del programa 1915(b)(3) de Medicaid permiten que los estados proporcionen servicios relacionados con la salud además de aquellos que aparecen en el plan estatal aprobado. Los servicios del programa 1915(b)(3) están sujetos al debido proceso y los derechos de apelación de Medicaid de la misma forma que otros servicios de Medicaid proporcionados en virtud del programa de exención. El debido proceso y los derechos de apelación de Medicaid se deben proporcionar a los beneficiarios cuando existe rechazo o autorización limitada, reducción, suspensión o cancelación de un servicio del programa 1915(b)(3) autorizado con anterioridad en función de criterios de necesidad médica. Las LME-MCO reciben una tarifa de capitación separada del programa 1915(b)(3). Los gastos totales de los servicios del programa 1915(b)(3) no pueden exceder los recursos disponibles. Los servicios del programa 1915(b)(3) que se rechazan debido al exceso de fondos en relación con los recursos disponibles están sujetos al proceso de queja formal.

¿En qué consiste el proceso para solicitar una Apelación local financiada por el estado?

- Usted debe completar y enviar el formulario de solicitud de Apelación local financiada por el estado en el plazo de **15** días hábiles a partir de la fecha de la carta de aviso de decisión. Puede enviar el formulario por fax, correo, correo electrónico, por teléfono o en persona.
- Alliance le enviará una carta en la que informará que se recibió la solicitud de apelación.
- No se autorizarán los servicios durante la revisión.
- Alliance le notificará sobre la decisión con respecto a la Apelación local financiada por el estado en el plazo de siete días hábiles.

¿Qué sucede si la solicitud es de atención emergente?

Si la solicitud es de atención emergente, usted o su proveedor pueden solicitar una apelación acelerada. Si Alliance acepta que la apelación debe acelerarse, se comunicará con usted o su proveedor para informarle sobre la decisión respecto de la apelación dentro de las 72 horas desde su solicitud y le enviará por correo una copia impresa de la decisión dentro de los tres días desde esa comunicación telefónica. Si la apelación no reúne los requisitos para ser considerada acelerada, se revisará en el plazo habitual.

¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de la apelación de nivel de la LME/MCO?

Si no está de acuerdo con una decisión de Medicaid, puede apelar dicha decisión ante la Oficina de audiencias administrativas de Carolina del Norte. Las decisiones sobre los servicios financiados por el estado se dirigen a un panel de la DMH/DD/SAS y no pueden apelarse en la Oficina de audiencias administrativas. Se adjuntarán a la decisión de la Revisión de la Apelación de nivel de la LME/MCO un formulario y las instrucciones para dar comienzo al proceso de apelación.

¿Cuál es el proceso de apelaciones de la Oficina de audiencias administrativas (audiencia imparcial estatal de Medicaid)?

- Debe presentar su apelación ante la Oficina de audiencias administrativas de Carolina del Norte en el plazo de 30 días a partir de la fecha de envío del aviso de resolución. Puede actuar como su propio representante en este proceso o puede contratar a un abogado. Alliance puede brindar asistencia para presentar una apelación a la Oficina de audiencias administrativas (Office of Administrative Hearings, OAH).
- Después de presentar su apelación, se le ofrecerá la oportunidad de mediación para su caso.
- Si acepta la mediación, debe completarse dentro de los 25 días de realizada su solicitud.
- Si rechaza la mediación, o la mediación no resulta exitosa, su apelación pasará a una audiencia.
- Después de la audiencia, un juez de derecho administrativo tomará una decisión en relación con su caso.
- Si no está de acuerdo con la decisión del juez de derecho administrativo, usted puede apelar su caso ante un Tribunal Superior.

Para obtener más información sobre el proceso de apelaciones, llame a la Oficina de audiencias administrativas de Carolina del Norte al (919) 431-3000 o a la línea gratuita de Alliance, disponible las 24 horas, al (800) 510-9132.

¿Mis servicios estarán autorizados durante el proceso de apelación de nivel de la LME/MCO?

Alliance debe continuar proporcionando los beneficios (servicios) al paciente inscrito durante la Apelación de nivel de la LME/MCO si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- La apelación se presentó en el plazo de diez días posteriores a que Alliance enviara la determinación adversa de los beneficios, y
- la apelación implica la finalización, suspensión o reducción de un tratamiento previamente autorizado; y
- los servicios fueron solicitados por un proveedor autorizado; y
- el período original cubierto por la autorización original no se encuentra vencido; y
- el paciente inscrito específicamente solicita la continuación de los beneficios.

Los servicios deberán continuar mientras la apelación se encuentre pendiente hasta que ocurra lo siguiente:

- el paciente inscrito retira la apelación; o
- transcurren diez días después de que Alliance envíe el Aviso de resolución de apelación, a menos que el paciente inscrito haya solicitado una audiencia imparcial estatal en el plazo de esos diez días; o
- la Oficina de audiencias administrativas emite una decisión de audiencia negativa para el paciente inscrito; o
- se cumplen el período o los límites de servicio de un servicio autorizado anteriormente.

Si la resolución final de la apelación sostiene la decisión de Alliance, Alliance podrá recuperar el costo de los servicios prestados al paciente inscrito mientras la apelación se encontraba pendiente. Alliance solamente podrá buscar la recuperación por parte del paciente inscrito, el cónyuge de un paciente inscrito adulto o el padre o tutor legal de un paciente inscrito menor. El director ejecutivo (Chief Executive Officer, CEO) de Alliance o una persona designada tomarán la decisión sobre si se debe recuperar el costo de dichos servicios y deberá tener en cuenta los siguientes factores:

- la capacidad financiera del paciente inscrito para proporcionar un reembolso a Alliance; y
- los costos de Alliance para recuperar dichos fondos; y
- si la apelación no tuvo mérito, fue superficial o no se presentó de buena fe.

¿Cómo apelar una decisión sobre los servicios financiados por el estado ante la DMH/DD/SAS?

- Debe presentar su apelación ante el Panel de apelaciones no médicas de la División de Servicios de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Abuso de Sustancias (Division of Mental Health, Developmental Disabilities and Substance Abuse Services, DMH/DD/SAS) estatal en el plazo de **11** días posteriores a la fecha de la decisión de la Apelación local financiada por el estado. Debe usar el formulario provisto por la DMH/DD/SAS e incluir una copia de la decisión de Alliance.
- La DMH le enviará una carta de acuse de recibo dentro de los cinco días hábiles a partir de la fecha de la solicitud de apelación. Esta carta le informará si la apelación fue aceptada o no.
- Si la apelación es aceptada, la DMH/DD/SAS le notificará acerca de la fecha y el lugar no menos de 15 días antes de la fecha de la audiencia.
- Alliance identificará a todas las personas que vayan a asistir a la audiencia y proporcionará a la DMH/DD/SAS toda la información que necesite.
- La DMH/DD/SAS le notificará su decisión dentro de los 60 días desde la solicitud de apelación.
- Alliance emitirá una decisión final dentro de los 10 días desde la fecha de la decisión de la DMH/DD/SAS.

¿Qué sucede en caso de que necesite 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 Carolina del Norte o al (800) 662-7407 para comunicarse con el Servicio de remisión de abogados del Colegio de Abogados de Carolina del Norte. También puede comunicarse gratis con Disability Rights de Carolina del Norte en el (877) 235-4210 o con Ayuda legal de Carolina del Norte en el (866) 219-5262.

Fraude y abuso

Fraude y abuso de Medicaid se refiere a una estafa o declaración falsa planificadas (intencionales) que dan lugar a un beneficio como pago o cobertura. Los ejemplos de fraude y abuso de Medicaid incluyen:

- Una persona no informa todos sus ingresos cuando solicita la inscripción a Medicaid.
- Una persona no informa la existencia de otro seguro cuando solicita la inscripción a Medicaid.
- Un beneficiario que no es de Medicaid usa la tarjeta de un beneficiario de Medicaid con o sin el permiso del beneficiario.
- Las credenciales de un proveedor no son precisas.
- Un proveedor factura servicios que no se prestaron.
- Un proveedor presta y factura servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico.

Informe de fraude y abuso por parte del proveedor

Lo invitamos a informar sobre cuestiones relacionadas con fraude y abuso de Medicaid. Si desea informar sobre situaciones de fraude o abuso, puede hacerlo de manera anónima. Sin embargo, algunas veces es posible que necesitemos comunicarnos con usted para llevar a cabo una investigación efectiva. Su nombre no se revelará a ninguna persona que se esté investigando. (En casos poco frecuentes que impliquen procedimientos legales, es posible que tengamos que revelar su nombre).

Puede informar sobre fraude y abuso de la siguiente manera:

- Llame a la línea gratuita de Alliance para denuncias sobre fraude y abuso, disponible las 24 horas: (855) 727-6721. Puede hacerlo de manera anónima.
- A través de la División de Asistencia Médica llamando al Centro de Atención al Cliente del DHHS: (800) 662-7030.
- Llame a la línea de información sobre fraude, pérdida y abuso del programa de Medicaid al (877) DMA-TIP1 o al (877) 362-8471.
- A través de la Línea de fraude de la Oficina del inspector general de la Administración de financiación de atención médica: (800) 447-8477.
- A través de la Línea estatal de derroche del auditor estatal: (800) 730-TIPS u (800) 730-8477.

Complete y envíe un formulario de queja confidencial en línea sobre fraude y abuso de Medicaid, ingrese al sitio web del Centro de Atención al Cliente del DHHS:

www.ncdhhs.gov/dma/fraud/fraud.aspx.

Puede seguir cualquiera de los pasos enumerados anteriormente o puede llamar a la oficina del Departamento de Servicios Sociales (DSS) de su condado.

Coordinación de la atención

Alliance reconoce que las personas a menudo atraviesan numerosos problemas. A fin de proporcionar una atención coordinada, Alliance trabaja para asegurarse de que los miembros obtengan los servicios y la asistencia necesarios para satisfacer todas sus necesidades. Una forma de lograrlo es a través de la designación de un Hogar de salud conductual.

¿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.

Planes centrados en el individuo

La planificación centrada en el individuo es una herramienta del Plan de salud Alliance que ayuda a los miembros con discapacidades 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 el individuo (PCP) ayuda a las personas a alcanzar su potencial debido a que:

- 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 Plan centrado en el individuo debe expresar claramente los deseos de la persona. Todos los planes:

- “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 que conforman el Plan centrado en el individuo 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 a Alliance.
- 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 Plan centrado en el individuo, debe tener en cuenta 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 Enfoque del sistema de atención en los servicios para personas, niños y familias?

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 el individuo y enfocados en la familia, donde las fortalezas y las necesidades del individuo, 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 desean obtener más información sobre el Sistema de atención, llame a la **línea gratuita de información y acceso de Alliance, disponible las 24 horas, al (800) 510-9132** y pida hablar con el Coordinador del SOC de su condado.

Cómo prepararse para una crisis e Instrucciones anticipadas

Alliance exige un plan de crisis para personas en riesgo de requerir tratamiento como pacientes hospitalizados, encarcelación o disposición fuera del hogar. Su equipo de tratamiento lo ayudará a redactar un plan de crisis. También puede pedir que guarden las instrucciones de crisis en una base de datos informática para que cualquier persona que lo atienda pueda seguir sus instrucciones.

¿Qué es un plan de crisis?

Un plan de crisis es un conjunto de instrucciones escritas que usted desea que se sigan en caso de que sufra una emergencia relacionada con su salud conductual. Todas las personas que lo atienden tendrán su plan. Redactar un plan de crisis requiere que usted piense en cuáles son sus signos tempranos de problemas, por ejemplo:

- No poder dormir durante varias noches.
- Comprar bebidas alcohólicas o planear asistir a una fiesta en la que podría conseguir drogas o alcohol.

Redactar un plan de crisis lo ayudará a:

- Proteger su derecho a tomar decisiones médicas y hacer elecciones sobre su atención médica.
- Ayudar a sus familiares a tomar decisiones si usted no puede hacerlo por sí mismo.
- Recordar alergias a medicamentos o alimentos.
- Ayudar a sus médicos a través de la manifestación de sus deseos.
- Permanecer más tiempo en período de recuperación y disminuir las probabilidades de recaídas.
- Aumentar su autoestima al tratar con factores estresantes cotidianos.
- Disponer que alguien lo acompañe si tiene miedo.
- Acordar quién puede pagar su alquiler y sus facturas o cuidar a sus mascotas si usted debe ser hospitalizado.

¿Qué sucede si tengo una crisis y 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 Directives, PAD) <https://dma.ncdhhs.gov/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 si no es capaz de tomar decisiones por usted mismo. Su proveedor de servicios o coordinador de atención 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.

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.

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.

¿Qué hago con mis Instrucciones anticipadas?

Guarde una copia 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 Carolina del Norte, que forma parte del Departamento de la Secretaría de Estado de Carolina del Norte (www.sosnc.com). Se cobra una tasa de \$10.00 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.

¿Durante cuánto tiempo permanecen activas mis Instrucciones anticipadas?

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.

Coordinación de la atención

La Coordinación de la atención es una función administrativa dentro del sistema de atención administrada de Alliance diseñada para intervenir de manera proactiva y garantizar la mejor atención posible para las personas en riesgo en poblaciones con necesidades especiales designadas. Está disponible para las personas que tienen necesidades relacionadas con la salud mental, el uso/la adicción de sustancias y discapacidades intelectuales/del desarrollo.

Coordinadores de atención:

- Asisten a personas con alto riesgo de hospitalización o institucionalización.
- Administran la atención del individuo a lo largo de todo el proceso de atención.
- Trabajan directamente con el individuo, los proveedores y otras personas para mejorar los resultados para el individuo.
- Se aseguran de que los individuos reciban:
 - La evaluación clínica adecuada.
 - Planificación del tratamiento.
 - Acceso a especialistas médicos y clínicos.

¿Qué son las poblaciones con necesidades especiales?

Las poblaciones con necesidades especiales están formadas por individuos con necesidades de atención 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 Americana 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 (American Association of Community Psychiatrists). Las herramientas, que ayudan a explorar la gravedad de la necesidad, el efecto de los problemas de salud concomitantes, al igual que fortalezas y asistencia, ayudan a Alliance a determinar el nivel de servicio adecuado y la elegibilidad para la coordinación de la atención. Puede encontrar una descripción de los niveles de ASAM, LOCUS y CALOCUS en el Plan de beneficios de IPRS y Medicaid de Alliance en www.AllianceBHC.org.

Las poblaciones con necesidades especiales designadas para la Coordinación de la atención de discapacidades intelectuales/del desarrollo incluyen las siguientes:

- Las personas inscritas en NC Innovations.
- Las personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo, que son funcionalmente elegibles para el nivel de atención de Centro de atención intermedia (Intermediate Care Facility, ICF) para personas con discapacidad intelectual (Individuals with an Intellectual Disability, IID), pero no están inscritas en NC Innovations o en un centro del tipo ICF-IID.
- Las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (Intellectual and Developmental Disabilities, IDD) que se encuentran actualmente, o han estado dentro de los últimos 30 días, en un centro operado por el Departamento de Correcciones o el Departamento de Delincuencia y Justicia Juvenil para quienes Alliance ha recibido notificación de alta.

Las poblaciones con necesidades especiales designadas para recibir Coordinación de la atención de salud mental o uso/adicción 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 Departamento de Correcciones (Department of Corrections, DOC) o el Departamento de Delincuencia y Justicia Juvenil (Department of Juvenile Justice and Delinquency, DJJDP) para quienes la LME/la MCO haya recibido notificación de alta.
- Las personas con un diagnóstico de Dependencia por uso/Adicción de sustancias y un nivel actual de la ASAM de III.7 o II.2D o superior.
- Las personas con un diagnóstico de dependencia 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/adicción de sustancias, y un nivel 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 enfermedad mental y de IDD y un nivel actual del LOCUS/CALOCUS de IV o superior.
- Las personas con un diagnóstico de IDD y de uso/adicción 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 (Community Transitions) 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.

Alliance controla de cerca a los pacientes de la población con necesidades especiales e interviene en la Coordinación de la atención según sea necesario para garantizar la evaluación, el enlace a los servicios y la planificación centrada en el individuo. La mayoría de las derivaciones a la asistencia de Coordinación de la atención directa se inicia dentro de Alliance a través del control de rutina o por parte del personal de Gestión de la utilización o del Centro de información y acceso que haya identificado una necesidad de asistencia para reducir eventos de crisis o como respaldo en la transición a los servicios adecuados.

¿Cuáles son las funciones de la Coordinación de la atención?

La Coordinación de la atención incluye lo siguiente:

- Identificar a personas con necesidades especiales o complejas y comprometerlas para garantizar que reciben los servicios necesarios.
- Evaluación clínica
 - I/DD: disposición de evaluaciones clínicas, incluidas Supports Intensity Scale, evaluaciones psicológicas, evaluaciones de conducta adaptativa y otras evaluaciones que se indiquen.
 - MH/SA: realización de la evaluación clínica de pacientes con necesidades especiales de atención médica para identificar las necesidades relacionadas con el tratamiento y el control.
- Garantizar que todas las personas con necesidades especiales tengan a su disposición un Plan centrado en el individuo o un Plan de servicios individualizados.
- Supervisar la salud y la seguridad de las personas que participan del programa de exención de Innovations.
- Reunir a los proveedores clave y otros proveedores para abordar las necesidades especiales del individuo, incluido el Coordinador de atención en el caso de pacientes que reciben este servicio.
- Identificar carencias en los servicios necesarios e intervenir para asegurarse de que el paciente reciba la atención adecuada.
- Coordinar los servicios para los pacientes de todo el sistema y con otros sistemas de atención, incluida la atención primaria.
- Medir los resultados del tratamiento y la asistencia, incluso en qué medida dan resultado para reducir los eventos de alto riesgo y el uso inadecuado de los servicios.
- Coordinar la atención de salud conductual con los proveedores de atención médica.

Gestión de la utilización

Gestión de la utilización (Utilization Management, UM) es responsable de realizar un seguimiento del tipo de servicios que se prestan, qué grado del servicio se presta y con qué frecuencia se prestan los servicios.

El personal de UM está integrado por médicos clínicos con experiencia que toman decisiones de autorización para asegurarse de que los miembros obtengan la atención correcta, en el grado correcto y en el momento correcto. Alliance tiene prohibido implementar procedimientos de UM que ofrezcan incentivos para cualquier persona de Alliance que lleve a cabo revisiones de utilización para rechazar (reducir, terminar o suspender), limitar o interrumpir servicios necesarios desde el punto de vista médico a cualquier paciente inscrito.

La toma de decisiones de UM se basa exclusivamente en la adecuación de la atención y el servicio, y en la existencia de cobertura. Alliance no recompensa a nadie por emitir rechazos de cobertura o servicios. A las personas a cargo de tomar decisiones de UM no se les otorgan incentivos financieros que podrían fomentar rechazos, reducciones o la finalización de los servicios.

Autorización de servicios

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

- Servicios básicos: veinticuatro (24) sesiones para pacientes ambulatorios necesarias desde el punto de vista médico que no requieren ninguna autorización. Si un individuo 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 de crisis: estos servicios siempre se prestan ante una emergencia. Los pacientes que reciben servicios de crisis deberán inscribirse en el Plan de salud Alliance lo antes posible. La fecha de inscripción será la fecha de prestación de los servicios de emergencia. Los pacientes deben estar inscritos en el Plan de salud Alliance para poder recibir servicios adicionales que no sean de emergencia.

La tabla a continuación muestra los estándares temporales a los que se adhiere Alliance. Los estándares cumplen con Medicaid, los fondos estatales y los requisitos de la Comisión de acreditación de revisión de utilización (Utilization Review Accreditation Commission, URAC).

Revisión urgente/acelerada	72 horas
Revisión estándar	14 días calendario
Revisión* de reautorización urgente/acelerada	24 horas/72 horas

* Si se recibe la solicitud para una reautorización de una solicitud urgente/acelerada (generalmente para servicios de pacientes internados) en un plazo mínimo de 24 horas previo al vencimiento de la autorización, la solicitud se revisará en un plazo de 24 horas (excepto en días no laborables).

Si la solicitud se recibe al menos 24 horas antes del vencimiento, se revisará en un plazo de 72 horas a partir de la recepción.

Alliance puede extender el período de revisión acelerado o de rutina en hasta catorce (14) días calendario adicionales si ocurre lo siguiente:

- una extensión es necesaria debido a asuntos externos al control de Alliance; Y
- Alliance justifica (ante la división de Asistencia médica ([Division of Medical Assistance, DMA] si lo solicita) la necesidad de información adicional y por qué la extensión es la mejor alternativa para el individuo; O
- si la solicita un individuo o proveedor.

Si se decide extender el plazo de revisión, Alliance se lo notificará por escrito.

¿Qué es la necesidad desde el punto de vista médico?

Los tratamientos necesarios desde el punto de vista médico son procedimientos, productos y servicios proporcionados a los beneficiarios de Medicaid. Alliance también emplea el criterio de necesidad desde el punto de vista médico al determinar fondos para los miembros que reciben servicios financiados por el estado. Los tratamientos necesarios desde el punto de vista médico:

- Son necesarios y adecuados para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento paliativo, curativo o reconstituyente de una enfermedad mental o por uso/adicción de sustancias.
- Son consecuentes con estándares nacionales o basados en evidencia, estándares definidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos o son verificados por médicos clínicos expertos independientes en el momento en que se realizan los procedimientos, se proporcionan los productos o se prestan los servicios.
- Se prestan en el entorno más redituable y menos restrictivo que se ajusta a las buenas normas clínicas de atención.
- No se prestan exclusivamente para conveniencia del miembro, el familiar, el cuidador o el 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 el servicio y conforme al Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), el Código Administrativo de Carolina del Norte, las políticas de cobertura médica de Medicaid y otras 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 el entorno del tratamiento.

Al determinar el nivel de atención para personas que reciben financiamiento del estado, Alliance también aplicará el criterio de necesidad desde el punto de vista médico.

Para qué están diseñados los tratamientos necesarios desde el punto de vista médico

- Para prestarse conforme a un Plan centrado en el individuo.
- Para ajustarse a cualquier instrucción médica anticipada que el paciente haya preparado.
- Para satisfacer las necesidades únicas de las minorías lingüísticas y culturales y prestarse de manera relevante a nivel cultural.
- Para prevenir la necesidad de tratamiento o institucionalización involuntarios.

Para obtener más información, visite el sitio web de la División de Servicios de Salud Mental, Discapacidad del Desarrollo y Abuso de Sustancias de Carolina del Norte:

www.ncdhhs.gov/mhddsas/ o el sitio web de la División de Asistencia Médica de Carolina del Norte: www.ncdhhs.gov/dma/services/piedmont.htm.

Los criterios de UM pueden encontrarse en el sitio web de Alliance en www.AllianceBHC.org, o bien, usted puede llamar a la **línea gratuita de información y acceso de Alliance al (800) 510-9132**. Puede comunicarse por teléfono con el personal del Centro de información y acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año para solicitar la autorización previa de los servicios psiquiátricos de internación hospitalaria del estado.

¿Qué es la Revisión de utilización?

La Revisión de utilización (Utilization Review, UR) es una parte de Gestión de la utilización que se asegura de que los miembros reciban buena atención clínica mediante la revisión de los servicios prestados a los miembros.

¿Puedo solicitar un nuevo tratamiento?

Puede llamar al Coordinador de atención en cualquier momento que necesite un nuevo tratamiento o servicio. Si no le han asignado un Coordinador de atención, puede llamar a la línea gratuita (800) 510-9132 para solicitar a Alliance que considere un nuevo tratamiento. El Director médico de Alliance y los proveedores de la red revisan constantemente los tratamientos nuevos y mejorados de salud conductual y de I/DD para determinar si estos adelantos pueden ser beneficios cubiertos. Alliance también revisa estudios para determinar si el gobierno está de acuerdo en que el tratamiento es seguro y eficaz. Los nuevos tratamientos demostrados deben dar resultados tan buenos como los beneficios cubiertos que se utilizan actualmente, o mejores.

Se puede acceder a las Pautas clínicas de Alliance (Alliance Clinical Guidelines) en www.AllianceBHC.org/providers/alliance-clinical-guidelines.

Gestión y apoyo

Junta Directiva de Alliance

Alliance se rige a través de una Junta Directiva, responsable de supervisar las operaciones de Alliance y sus esfuerzos para proporcionar servicios efectivos para niños y adultos con necesidades psiquiátricas, de discapacidades intelectuales/del desarrollo o de uso/adicción de sustancias. La Junta Directiva de Alliance está formada por participantes de la comunidad, designados por los directores generales de sus condados respectivos, y la Junta selecciona un miembro adicional del condado de Johnston, que tiene contrato con Alliance para gestionar los servicios en ese condado. Los proveedores de servicios no pueden prestar servicio como miembros de la Junta.

Comité de Orientación del Paciente y la Familia (CFAC)

La afiliación al Comité de Orientación del Paciente y la Familia (Consumer and Family Advisory Committee, CFAC) consiste en individuos que reciben servicios de salud mental, discapacidades intelectuales/del desarrollo y uso/adicción de sustancias y en los miembros de la familia de esos individuos. 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 controlar la implementación del plan comercial local.
- Identificar carencias en el servicio y poblaciones desatendidas.
- Hacer recomendaciones sobre la variedad de servicios y controlar el desarrollo de servicios adicionales.
- Revisar el presupuesto de Alliance y hacer comentarios al respecto.
- Participar en todas las medidas de mejora de calidad e indicadores de desempeño.
- Enviar hallazgos y recomendaciones al Comité Estatal de Orientación para el Paciente y la Familia acerca de formas de mejorar la prestación de servicios de salud mental, discapacidades intelectuales/del desarrollo y uso/adicción de sustancias.

Para obtener más información, llame a la línea gratuita (800) 510-9132 para comunicarse con un empleado del CFAC de Alliance.

Comité de Derechos Humanos

El Comité de Derechos Humanos (Human Rights Committee, HRC) supervisa el cumplimiento de las normas federales y estatales por parte de Alliance, en relación con los derechos, la confidencialidad y las quejas del individuo. El HRC está formado por individuos, familiares y asesores expertos 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 ante la Junta Directiva de Alliance, el Comité de Mejora Continua de Calidad de Alliance y las Divisiones de Asistencia Médica y de Servicios de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Abuso de Sustancias.

Los individuos, los familiares y otras partes interesadas pueden informar violaciones de derechos ante el HRC a través de la Oficina de cumplimiento corporativo de Alliance o mediante el proceso de quejas habitual.

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 Behavioral 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 Behavioral Healthcare, comuníquese con el Funcionario encargado de privacidad por teléfono al (800) 510-9132, o bien, a la siguiente dirección: 4600 Emperor Boulevard Durham, NC 27703.

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 Behavioral 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, 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 Behavioral Healthcare no es un proveedor de tratamiento, pero algunas de nuestras funciones requieren que hagamos una derivación 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 **Contrato** 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 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.**

Requerido por ley. 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 su familiar más cercano,

otro miembro de la familia u otra persona involucrada con su atención; con organizaciones como la Cruz Roja durante una emergencia; para informar cierto tipo de heridas u otras lesiones físicas; y en la medida en que sea necesario para cumplir con responsabilidades al examinar o internar a un paciente para que reciba tratamiento.

Salud pública. Su información médica puede ser informada 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 apropiadas 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, 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; o
- para responder a una citación u orden judicial; o
- a personal calificado para investigación, auditoría y evaluación de programas; o
- a un proveedor de atención médica que presta servicios de emergencia médica; o
- 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; o
- 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 de la División de Resultados de Tratamientos y Sistema de Rendimiento del Programa de Carolina del Norte (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 Carolina del Norte 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 notificaremos el costo y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud antes de que le cobremos cargo alguno. 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 ejecutivo encargado de Privacidad a 4600 Emperor Boulevard, Durham, NC 27703. También puede obtener una copia de este Aviso en www.AllianceBHC.org/consumers-families.

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 desea ejercer uno o más de estos derechos, comuníquese con el ejecutivo encargado de Privacidad en 4600 Emperor Boulevard, Durham, NC 27703; o bien, llame al (800) 510-9132.

Cambios a este Aviso y distribución

Alliance Behavioral Healthcare 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 ante su inscripción 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: 4600 Emperor Boulevard, Durham, NC 27703, 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 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ o por teléfono al (800) 368-1019.

Alliance Behavioral Healthcare Historial de aviso de prácticas de privacidad:

Fecha de aprobación original: junio de 2012

Revisado: 23 de septiembre de 2013 (Actividades eliminadas que incluyen recaudación de fondos, información y aseguramiento genéticos, investigación, información adicional a los Derechos a ser Notificados de una Infracción, cambios a NCTOPPS, uso agregado o divulgación de Abuso de Sustancia con consentimiento o según lo permitido).

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

Glosario de palabras y términos a conocer

Instrucciones anticipadas: Una comunicación dada por un adulto competente que da indicaciones o designa a otro individuo para tomar decisiones con respecto a la atención, la custodia o el tratamiento médico de un individuo, en caso de que el individuo no pueda participar en las decisiones sobre tratamiento médico.

Determinación de la capacidad de pago: El monto que está obligado a pagar un individuo por los servicios. La capacidad de pago se calcula sobre la base del ingreso del individuo y de la cantidad de dependientes. Las Pautas de pobreza del gobierno federal se utilizan para determinar el monto de pago del individuo. Referencia web: www.cms.hhs.gov/medicaid/eligibility/default.asp.

Abuso y derroche: Incidentes o prácticas que son inconsistentes con las prácticas fiscales, comerciales o médicas correctas que podrían derivar en un costo innecesario para Alliance, el gobierno estatal o federal, u otra organización. También podrían derivar en un reembolso de los servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares reconocidos profesionalmente para la atención médica. También incluyen las prácticas del beneficiario que derivan en un costo innecesario para el programa de Medicaid (Parte 455.2 del Título 42 del CFR).

Centro de información y acceso: El sistema de llamadas gratuitas establecido por Alliance para recibir todas las inquietudes, responder a las situaciones de crisis y proporcionar vínculos rápidos a Proveedores calificados de la red. Esto incluirá información, acceso a la atención y asistencia ante emergencias y de Proveedores de la red. El sistema de llamadas 1-800 dependerá del software de gestión de sistemas de información para ayudar a rastrear y responder las llamadas.

Alliance Behavioral Health Care: Una organización de atención administrada (MCO) de múltiples condados que gestiona, autoriza y supervisa la provisión de servicios del programa de exención para individuos con discapacidades de salud mental, de desarrollo y necesidades de abuso de sustancias, para los que Medicaid se origina de los condados de Durham, Wake, Cumberland y Johnston.

Apelación: Una solicitud para la revisión de una acción.

Evaluación: Un procedimiento para determinar la naturaleza y el alcance de la necesidad por la que el individuo solicita servicios.

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

Mejores prácticas: Las prácticas recomendadas, incluidas las prácticas basadas en evidencias, que consisten en esas prácticas clínicas y administrativas que han demostrado que producen consistentemente resultados específicos y previstos, además de las prácticas emergentes para las que existen evidencias preliminares de la efectividad del tratamiento.

Plan de beneficios básicos: El paquete de Beneficios básicos incluye esos servicios que estarán disponibles para los individuos con derecho a Medicaid y, en la medida en que haya recursos disponibles, a individuos que no pertenecen a Medicaid conforme a los planes comerciales locales. Estos servicios apuntan a proporcionar intervenciones breves para individuos con

necesidades agudas. Se accede al paquete de Beneficios básicos a través de una derivación simple de la Entidad de Gestión Local, a través de su sistema de selección, triaje y derivación. Una vez que se realiza la derivación, no existen requisitos de autorización previa para estos servicios.

Gestión de atención: La Gestión de atención es un control no personal de la atención y los servicios de un individuo, incluidas las actividades de seguimiento, además de la asistencia a individuos para acceder a la atención o a los servicios fuera del plan, incluidas las derivaciones a Proveedores y a otras agencias comunitarias.

Comité de Orientación del Paciente y la Familia: Un grupo formalizado de individuos y miembros de la familia designados conforme con los requisitos de los Estatutos Generales de Carolina del Norte (North Carolina General Statutes, NCGS) 122-C-170. El objetivo del CFAC es garantizar una participación significativa de los individuos y las familias en la configuración del desarrollo y la prestación de servicios de salud mental pública, discapacidades de desarrollo y abuso de sustancias en la región de cuatro condados a los que Alliance les presta servicios.

Departamento de Coordinación de la Atención: Una división de Alliance que proporciona funciones de alcance y Gestión de casos de planificación del tratamiento para una población especial de alto impacto de individuos.

Servicios cubiertos: El servicio que la LME/MCO acepta proporcionar o acuerda proporcionar a los miembros.

Competencia cultural: El entendimiento de las características sociales, lingüísticas, étnicas y de comportamiento de una comunidad o población, y la capacidad de traducir sistemáticamente ese conocimiento en prácticas en la prestación de servicios de salud del comportamiento. Dicho entendimiento podrá verse reflejado, por ejemplo, en la capacidad de identificar y valorar las diferencias, ratificar la dinámica interactiva de las diferencias culturales, expandir continuamente el conocimiento cultural y los recursos con respecto a las poblaciones a las que se les presta servicios, colaborar con la comunidad respecto de la provisión y prestación de servicios, y comprometerse con la capacitación intercultural del personal y desarrollar políticas para proporcionar programas relevantes y eficaces para la diversidad de las personas a las que se les presta servicios.

Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMMS o CMS): La unidad del Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos que administra los programas de Medicare y Medicaid.

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

Rechazo del servicio: Una determinación realizada por la LME/MCO en respuesta a una solicitud del proveedor de la red de que se apruebe la provisión de servicios del plan con una duración y alcance específicos que: desapruéba la solicitud completamente; o apruebe la provisión del/de los servicio(s) solicitado(s), pero con un alcance o una duración menores que los solicitados por el Proveedor (una aprobación de los servicios solicitados que incluye un requerimiento para una

revisión simultánea de la LME/MCO durante el período autorizado no constituye un rechazo); o desaprueba la provisión del/de los servicio(s) solicitado(s) pero aprueba la provisión de servicio(s) alternativo(s).

Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS): La agencia estatal que incluye la División de Asistencia Médica y la División de Salud Mental/Discapacidades de Desarrollo/Servicios de Abuso de Sustancias. El sitio web del DHHS de Carolina del Norte es www.ncdhhs.gov/.

División de Servicios de Asistencia Médica (DMA): 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 NC. El sitio web de la División de Asistencia Médica de Carolina del Norte es www.ncdhhs.gov/dma/index.htm.

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

Plan de beneficios mejorados: Incluye esos servicios que estarán disponibles para individuos con derecho a Medicaid e individuos que no son de Medicaid que cumplen con los criterios de prioridad de la población. Se tiene acceso a los servicios de Beneficios mejorados a través de un proceso de planificación centrado en la persona. Los servicios de Beneficios mejorados apuntan a proporcionar un rango de servicios y asistencia, que son más apropiados para individuos que buscan recuperarse de formas más graves de enfermedad mental y abuso de sustancias, y con necesidades de servicio y asistencia más complejas, según se identifica en el proceso de planificación centrado en la persona.

Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos: La detección, el diagnóstico y el tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) es el beneficio federal de Medicaid que afirma que Medicaid debe proporcionar todos los servicios de atención médica necesarios para niños elegibles de Medicaid menores de veintiún (21) años de edad. Incluso si el servicio no está cubierto conforme al Plan estatal de Medicaid de NC, puede estar cubierto para beneficiarios menores de 21 años de edad si el servicio se menciona en el artículo 1905(a) de la Ley de Seguro Social y si se cumple con todos los criterios de EPSDT.

Queja: Una expresión de insatisfacción acerca de cualquier asunto que no sea una acción, según se define la acción en esta sección. El término también se utiliza para hacer referencia al sistema general que incluye quejas y apelaciones que se manejan a nivel de la LME/MCO y el acceso al proceso de la audiencia imparcial estatal. Los posibles temas de queja incluyen, entre otros, la calidad de la atención o de los servicios proporcionados, los aspectos de las relaciones interpersonales, tal como la rudeza de un Proveedor o empleado, y no respetar los derechos del individuo.

Individuo/miembro/paciente inscrito: Diferentes nombres utilizados para describir a una persona que necesita servicios para el tratamiento de una discapacidad de salud mental, intelectual y/o del desarrollo, o una afección de uso de sustancias/adicción a sustancias.

Entorno menos restrictivo: El entorno menos restrictivo/intensivo de atención suficiente para asistir de forma efectiva y segura a un individuo. Asistir a un individuo en el entorno que sea menos restrictivo se considera la mejor práctica.

Tutor legal o persona responsable legalmente: Una persona que ha sido designada por un tribunal judicial que está encargada de tomar las decisiones para un individuo que se considera incapaz de tomar decisiones por su cuenta. Los padres de los niños menores de 18 años son la persona responsable legalmente de los niños, a menos que el tribunal haya revocado esos derechos. Una vez que la persona cumple 18 años, se convierte legalmente en su propio tutor a menos que el tribunal considere lo contrario y asigne a un tutor representativo (con frecuencia, un miembro de la familia o amigo, a menos que no haya nadie disponible, en cuyo caso se designa a un empleado público).

Registro médico: Un registro único y completo, que mantiene el Proveedor de servicios, que documenta todos los planes de tratamiento desarrollados para los servicios de salud de comportamiento recibidos por el miembro.

Servicios médicamente necesarios: Un rango de procedimientos o intervenciones que son apropiados y necesarios para el diagnóstico, el tratamiento o la asistencia en respuesta a una evaluación de una afección o necesidad del paciente. Médicamente necesario significa los servicios y suministros que son: proporcionados para el diagnóstico, la prevención secundaria o terciaria, la mejora, la intervención, la rehabilitación, o la atención y el tratamiento de una afección de salud mental, de discapacidad del desarrollo o de abuso de sustancias, dentro de los estándares generalmente aceptados de la práctica médica, y no principalmente para la conveniencia del individuo, y realizados en el entorno menos costoso y de forma apropiada para tratar la afección de salud mental, de discapacidad del desarrollo o de abuso de sustancias del individuo.

Mediación: El proceso de reunir a los individuos o las agencias en conflicto con un tercero neutral que los ayuda a alcanzar una solución mutuamente aceptable.

Medicare: Medicare es un seguro médico para personas de 65 años en adelante, de menos de 65 años con ciertas discapacidades y de cualquier edad con una enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) (insuficiencia renal permanente que requiere de diálisis o de un trasplante de riñón).

Entorno más integrado: El entorno menos restrictivo de atención suficiente para tratar de forma efectiva a un participante. Un entorno integrado es aquel en que una persona con discapacidad participa en las mismas actividades y los mismos entornos que sus pares sin discapacidad.

NC Innovations: Una exención basada en la comunidad y el hogar del programa 1915(c) para individuos con discapacidades intelectuales y/o del desarrollo. Esta es una exención del nivel de atención institucional. Los fondos que podrían utilizarse para prestar servicios a una persona en un Centro de Atención Intermedia podrán utilizarse para prestar servicios a personas de la comunidad.

Plan de salud MH/DD/SAS de NC: Una renuncia a la atención gestionada de Medicaid del programa 1915(b) para salud mental y abuso de sustancias que permite renunciar a la libertad de elección de proveedores, de manera que la LME/MCO pueda determinar el tamaño y el alcance de la red de proveedores. Esto también permite el uso de los fondos de Medicaid para servicios alternativos.

Asistencia natural: Personas que proporcionan apoyo, atención y asistencia a una persona con una discapacidad sin recibir pago alguno por dicha asistencia. La asistencia natural podrá incluir a padres, hermanos, miembros de la familia extendida, vecinos, miembros de la iglesia y/o compañeros de trabajo, etc.

Proveedor de la red: Un proveedor acreditado apropiadamente de servicios de MH/IDD/SA que ha celebrado un contrato para la participación en la Red de Alliance.

Servicios fuera del plan: Servicios de atención médica que no es obligatorio que el plan proporcione conforme a los términos de este contrato. Los servicios son servicios cubiertos por Medicaid reembolsados sobre la base de una tarifa por servicio.

Proveedor fuera de la red: Un consultorio o una agencia que han sido aprobados como proveedor fuera de la red y han firmado un contrato de caso único con Alliance. El proveedor fuera de la red no se ofrece como opción de derivación para pacientes de Alliance.

Plan centrado en la persona: El documento que incluye información importante acerca del participante, sus metas de vida y los pasos que él y el equipo de planificación deben tomar para alcanzarlas. También identifica las necesidades de asistencia, e incluye una combinación de asistencia natural y remunerada de familiares y amigos, y asistencia de la comunidad.

Plan prepago de salud para pacientes internos (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP): Alliance Behavioral Healthcare, como todas las organizaciones de atención administrada (MCO) de NC, funciona como un Plan prepago de salud para pacientes internos (PIHP) a través del cual todos los servicios de salud mental, abuso de sustancias y discapacidades del desarrollo son gestionados y autorizados para participantes de Medicaid en los condados de Durham, Wake, Cumberland y Johnston.

Red de proveedores: Las agencias o los profesionales que conforme a un contrato con Alliance Behavioral Healthcare proporcionan servicios autorizados a individuos elegibles.

Evaluación de riesgos de las necesidades de asistencia: Una evaluación de los factores que, si no se abordan, podrían suponer una gran amenaza a la salud y el bienestar de un individuo. Incluyen: riesgo de salud (afecciones médicas que requieren atención y tratamiento continuos); riesgo de comportamiento (comportamientos o afecciones que podrían provocar daños a la persona o a otros); y riesgo de seguridad personal (p. ej., capacidad para realizar una evacuación segura de forma independiente).

Revisión de reconsideración: Una revisión de una resolución o decisión previas de Alliance sobre la base de 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 paciente de Medicaid antes de que comience la cobertura de Medicaid durante un período específico de tiempo.

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

Seguridad de ingreso suplementario (SSI): Programa de seguro social que abona beneficios a adultos y niños discapacitados que tienen ingresos y recursos limitados.

Servicios de asistencia: Los servicios que permiten que un individuo viva en su comunidad. Se incluyen los servicios que pueden proporcionar asistencia directa al individuo y/o los servicios que proporcionan asistencia a los cuidadores y/o al personal de asistencia del individuo.

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

Acrónimos

LMEIMCO: Entidad de gestión local/organización de atención administrada.

IDD: Discapacidades de desarrollo intelectual.

SUD: Trastornos del uso de sustancias.

MH: Salud mental.

SSI: Seguridad de ingreso suplementario.

DSS: Departamento de Servicios Sociales.

EPSDT: Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos.

ACTT: Equipo de tratamiento comunitario asertivo.

CST: Equipo de asistencia comunitario.

PCP: Plan centrado en la persona.

DMH/DD/SAS: División de Servicios de Salud Mental/Discapacidades del Desarrollo/Abuso de Sustancias.

DHHS: Departamento de Salud y Servicios Humanos.

DMA: División de Asistencia Médica.

SOC: Sistema de atención.

PAD: Instrucciones psiquiátricas anticipadas.

LOCUS: Sistema de utilización del nivel de atención.

CALOCUS: Sistema de utilización del nivel de atención de niños y adolescentes.

ASAM: Sociedad Americana de Medicina de la Adicción.

ICF/IID: Instalaciones de atención intermedia para individuos con discapacidades intelectuales.

DJJDP: Departamento de Justicia Juvenil y Delincuencia.

DOC: Departamento de Correcciones.

UM: Gestión de la utilización.

UR: Revisión de la utilización.

CFAC: Comité Estatal de Orientación para el Paciente y la Familia.

HRC: Comité de Derechos Humanos.

NC-TOPPS: Sistema de rendimiento del programa y resultados del tratamiento de Carolina del Norte.

Registro de revisión y revisiones

FECHA	PÁGINA/SECCIÓN	DESCRIPCIÓN
Junio de 2012	Todo el documento	Revisión interdepartamental, del CFAC y de la DMA
Diciembre de 2012	Centros de evaluación y crisis, otras páginas diversas	Se realizó una revisión y se incluyeron referencias de Cumberland y Johnston.
Julio de 2012	Centros de evaluación y crisis	Se realizó una revisión a fin de reflejar información actual de Cumberland.
Agosto a octubre de 2013	Todo el documento	Revisión de todo el documento y revisiones de múltiples páginas; incorporación de la referencia de familiar como proveedor remunerado y del vínculo; eliminación de la sección de mejora continua de la calidad; (Continuous Quality Improvement, CQI); revisión de apelaciones y quejas para realizar correcciones legales; revisión de la política de Aviso de prácticas de privacidad; revisión interdepartamental.
Abril de 2014	Mensaje del CEO	Cambio de personal reflejado
Abril de 2015	Todo el documento	Revisión de todo el documento con revisiones primarias que son una incorporación en las secciones de Recomendación de cambios en las políticas y servicios de Alliance y Cambios significativos en programas y servicios, y revisiones significativas para las secciones de Apelaciones y quejas y Autorización de servicios. Revisión interdepartamental y de la DMA
Diciembre de 2015	Todo el documento	Incorporaciones o revisiones para las secciones sobre Recomendación de cambios en las políticas y servicios de Alliance, Recomendación de cambios en las políticas y servicios de Alliance, Educación y capacitación, Recomendación de cambios en las políticas y servicios de Alliance, Apelaciones y quejas y Autorización de servicios. Revisión interdepartamental y de la DMA
Julio de 2016	Documento completo	Revisión de la sección ¿Cuál es el proceso de solicitud de revisión de reconsideración de Medicaid? Incorporación de la sección Derechos de apelación o queja para los servicios del programa 1915 (b)(3). Revisión de la tabla de la sección Autorización de servicios. Revisión interdepartamental y de la DMA.
Julio de 2017	Documento completo	Incorporaciones y/o actualizaciones a las secciones de Familiares y tutores legales como proveedores directos de servicios, Elegibilidad para servicios conforme al Plan de salud de Alliance, y Recepción de servicios de un proveedor fuera del área de Alliance. Revisión interdepartamental y de la DMA.
Septiembre de 2017	Documento completo	Revisión del lenguaje sobre "asistencia razonable," y en las secciones de Quejas y Apelaciones y Coordinación de Atención, y adición del Glosario de términos comunes y acrónimos. Revisión interdepartamental y de la DMA.