



Programa de exención de **TBI** en NC
Guía para el **PACIENTE**
y la **FAMILIA**

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



Oficina Central

5200 W. Paramount Parkway
Morrisville, NC 27560

Servicios para Miembros y Destinatarios

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 Health al 800-510-9132.
La edición actual de este manual se encuentra disponible en el sitio web de Alliance en
AllianceHealthPlan.org.

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

Alliance Health presta servicios en los condados de
Durham, Wake, Cumberland y Johnston en North Carolina



Mensaje de Rob Robinson Director Ejecutivo

Bienvenido al Programa de exención de TBI en NC. Esta guía está diseñada para brindarle información acerca del Programa de exención de daño traumático en el cerebro (Traumatic Brain Injury, TBI) en North Carolina (NC) que le ayudará a comprender mejor los servicios y el apoyo que pueden financiarse a través del Programa de exención de TBI basada en el hogar y la comunidad en NC. Alliance Health se compromete a trabajar con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de North Carolina para prestar servicios de atención a “una persona a la vez” y, de este modo, ayudarle a cumplir sus objetivos de vida.

Le notificaremos cualquier cambio que se produzca en la información de esta guía. Si, en algún momento, tiene preguntas o quisiera obtener más información acerca del Programa de exención de TBI en NC, comuníquese con el coordinador de atención de Alliance o con cualquier otro integrante del personal de Alliance que aparece en esta Guía y en nuestro sitio web en AllianceHealthPlan.org. Si no tiene acceso a una computadora, su coordinador de atención o cualquier integrante del personal de Alliance podrá asistirlo.

También deseo comunicarles que nos dedicamos a brindar servicios de calidad y contamos con los estándares más altos tanto para los proveedores como para nosotros. Nuestra red de proveedores está comprometida con la calidad y confiamos en que podrá experimentarlo mediante los servicios que reciba. Sin embargo, si no recibe servicios de calidad o si alguna vez recibe servicios de atención al cliente que se encuentren por debajo de la excelencia, nos interesa conocer su opinión. Puede comunicarse con el **Servicios para Miembros y Destinatarios de manera gratuita al 800-510-9132** y tendrá la opción de hacerlo en forma anónima. Iniciaremos una investigación y lo ayudaremos a resolver su inquietud. Además, sus sugerencias nos ayudarán a mejorar. También comuníquenos cuando se sienta particularmente satisfecho, ya que esto nos permite saber qué les agrada a los pacientes sobre nuestro sistema y sobre nuestros proveedores específicos.

El sistema de Alliance es un sistema exitoso de atención para las personas que buscan servicios financiados con fondos públicos. Alentamos firmemente a nuestros proveedores a utilizar métodos basados en las mejores prácticas que han demostrado producir cambios positivos en la vida de las personas. Las fortalezas, preferencias y necesidades de apoyo de las personas que reciben nuestros servicios se encuentran en el centro de todo lo que hacemos. Esto recibe el nombre de planificación centrada en el individuo y se refiere a la prioridad que se asigna a la persona que recibe los servicios y a sus familiares autoidentificados.

¡Independientemente de cuáles sean sus objetivos en la búsqueda de servicios, le deseamos lo mejor y estamos a su disposición para brindarle apoyo en sus esfuerzos!

Rob Robinson

Índice

Sección 1: Introducción al Programa de exención de Medicaid para Servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) y al Programa de exención de TBI en NC	6
<ul style="list-style-type: none">• Propósito y objetivos del Programa de exención de TBI en NC• Elementos de servicios básicos necesarios	
Sección 2: Cómo acceder y recibir los servicios del Programa de exención de TBI en NC	13
<ul style="list-style-type: none">• Solicitud de elegibilidad para TBI en NC• Evaluación del nivel de atención• Evaluación de las necesidades de apoyo• Evaluación de riesgos• Priorización y registro de las necesidades no satisfechas	
Sección 3: Finalización de su Plan de apoyo individual centrado en el individuo y selección de los servicios adecuados para usted	21
<ul style="list-style-type: none">• El proceso de planificación de apoyo individual• Uso de recursos y selección de los servicios del programa de exención• Definiciones de servicios del Programa de exención de TBI en NC	
Sección 4: Aprobación de su Plan de apoyo individual y autorización del servicio	37
<ul style="list-style-type: none">• Envío del Plan de apoyo individual a Gestión de la Utilización para su aprobación• Apelaciones y quejas• Limitaciones del servicio• Criterios de uso• Autorización del servicio	
Sección 5: Implementación de los servicios	45
<ul style="list-style-type: none">• Red de proveedores de Alliance Health• Cómo iniciar sus servicios	

Sección 6: Políticas y procedimientos del Programa de exención de TBI en NC	48
<ul style="list-style-type: none">• Monitoreo de los servicios por el coordinador de atención• Uso mínimo de servicios para permanecer en el Programa de exención de TBI en NC• Viajes fuera del estado• Otra información de utilidad	
Sección 7: Lista de acrónimos y glosario de palabras y términos útiles	55
Apéndice A: Responsabilidades del participante para el Programa de exención de TBI en NC	63
Apéndice B: Límites del conjunto de servicios del Programa de exención de TBI en NC	67



**Sección 1:
Introducción al
Programa de exención
de Medicaid para
Servicios basados en
el hogar y la
comunidad (HCBS) y al
Programa de exención
de TBI en NC**

**El Programa de exención de TBI en NC es
un Programa de exención de Medicaid para
Servicios basados en el hogar y la
comunidad (HCBS)**

Esta sección brinda una explicación de los siguientes aspectos:
**Propósito y objetivos del Programa de exención de
TBI en NC
Elementos de servicios básicos necesarios**

Programa de exención de Medicaid para Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)

Medicaid es un programa federal originalmente diseñado para proporcionar atención médica y servicios institucionales a personas con discapacidades, mujeres embarazadas, ancianos y niños. Cuenta con diversas reglas que controlan la manera en que se prestan los servicios. Los “programas de exención” permiten a un estado hacer que ciertas reglas de Medicaid queden “exentas” para que existan más opciones sobre cómo y dónde se proporcionan los servicios.

Programa de exención de Medicaid para TBI en NC

El Programa de exención de TBI en North Carolina es una forma de financiar servicios y apoyo para personas que, de otro modo, calificarían para servicios en:

- Hospitales que brindan atención especializada para personas con lesiones en el cerebro que tienen necesidades significativas de cognición, conducta y rehabilitación.
- Centros de enfermería especializada (Specialized Nursing Facilities, SNFs) con servicios para brindar apoyo a personas con daño en el cerebro que tienen necesidades significativas de cognición, conducta y rehabilitación.

El Programa de exención de TBI en NC está autorizado por el Programa de exención de Medicaid para Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) otorgado por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) según la Sección 1915 (c) de la Ley de Seguridad Social. Este programa de exención que se aprobó para el área de captación de la Entidad de Gestión Local/Organización de Atención Administrada (Local Management Entity/Managed Care Organization, LME/MCO) de Alliance tiene vigencia desde el 1 de mayo de 2018 y está disponible durante tres años. Este Programa de exención de TBI se aplica actualmente en conjunto con el programa de exención 1915 (b), y el Plan de salud de servicios de salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias de North Carolina (North Carolina Mental Health/Developmental Disabilities/Substance Abuse Services Health Plan, NC MH/DD/SAS Health Plan). El Plan de salud MH/DD/SAS de NC funciona como un Plan prepago de salud para pacientes internos (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP) en el que se autorizan todos los servicios de salud mental, abuso de sustancias y discapacidades del desarrollo para los beneficiarios de Medicaid.

Las Entidades de Gestión Local (LMEs)/Organizaciones de Atención Administrada (MCO)s son las autoridades locales del Estado de NC responsables de ciertas actividades de gestión y supervisión de los servicios de MH/DD/SAS financiados con fondos públicos y considerados PIHPs para el programa de exención.

Alliance Health (ABH) es la Entidad de Gestión Local/Organización de Atención Administrada (LME/MCO) que asiste a las personas en los condados de Wake, Durham, Cumberland y

Johnston. Alliance gestiona una red de proveedores que ofrecen servicios para personas que padecen enfermedades mentales, trastornos del uso de sustancias, discapacidades intelectuales/del desarrollo y daño traumático en el cerebro.

Los CMS aprueban los servicios conforme a lo provisto por el Programa de exención de TBI en NC, la cantidad de personas que pueden participar cada año y otros aspectos del programa. El programa de exención puede modificarse mediante la aprobación de CMS. Los CMS pueden ejercer su autoridad para cancelar el programa de exención cuando consideren que este no se aplica como corresponde.

La División de Beneficios para la Salud (Division of Health Benefits, DHB), la agencia Estatal de Medicaid, administra el Programa de exención de TBI en NC. La DHB contrata a la MCO (PIHP) para organizar y gestionar la prestación de servicios, y para llevar a cabo otras funciones operativas según lo dispuesto simultáneamente en los programas de exención 1915 (b)/(c). La DHB supervisa directamente el Programa de exención de TBI en NC, aprueba todas las políticas y procedimientos que rigen las operaciones de exención y se encarga de garantizar el cumplimiento de todas las garantías de dicho programa.

El Programa de exención de TBI en NC inicial proporcionará una variedad de servicios basados en el hogar y la comunidad durante un período piloto de exención de Medicaid de tres años, en la región de cuatro condados de Alliance.

Adultos con necesidades cognitivas, conductuales o de apoyo físico.

- Personas que recibieron un diagnóstico de TBI a los 22 años o posteriormente.
- Adultos que reúnen los requisitos para recibir un nivel de atención en un hospital de rehabilitación especializado o un centro de enfermería especializada y los requisitos de elegibilidad financiera pueden ser elegibles para participar en este programa de exención de Medicaid.

¿Cuáles son las reglas de Medicaid que quedan “exentas” para TBI en NC?

Extensión a nivel estatal

La Ley de Seguridad Social requiere que los servicios de Medicaid se provean a nivel estatal. Este requisito queda exento para que la participación en el Programa de exención de TBI en NC se limite a los residentes legales (para los fines de elegibilidad de Medicaid) de la región del PIHP (Plan prepago de salud para pacientes internos). El Programa de exención de TBI es únicamente para personas que residen en el área de captación de Alliance. Alliance administra el plan PIHP para los residentes de los condados de Durham, Wake, Johnston y Cumberland, vigente desde el 1 de mayo de 2018.

Servicios comparables

La Ley de Seguridad Social exige que los estados brinden servicios comparables en cuanto a cantidad, alcance y duración a todos los beneficiarios de Medicaid. Este requisito queda exento para que los servicios del Programa de exención de TBI en NC puedan ofrecerse solo a las personas que participen de dicho programa.

Estimación de ingresos y recursos

Las reglas de Medicaid exigen que se consideren el ingreso y los recursos de un cónyuge/padre al momento de determinar la elegibilidad para Medicaid de una persona que reside con su cónyuge/padre. A esto se refiere la “estimación” de los ingresos y recursos del beneficiario de Medicaid. El requisito de estimación queda exento con el fin de permitir la elegibilidad para Medicaid de los participantes del Programa de exención de TBI en NC para que se consideren del mismo modo que los métodos utilizados para las personas que residen en centros de enfermería especializada, hogares comunitarios del centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF-IID) o centros estatales para el desarrollo.

Propósito y objetivos del Programa de exención de TBI en NC

El Programa de exención de TBI en NC está diseñado para proporcionar una variedad de servicios y apoyo de rehabilitación basados en la comunidad que facilitan la recuperación y promueven la elección, la independencia y la participación comunitaria. Estos servicios proporcionan una alternativa basada en la comunidad para la atención institucional de personas que requieren un nivel de atención neuro-conductual continua o un nivel de atención en un centro de enfermería especializada.

Los objetivos del Programa de exención de TBI en NC

El Programa de exención de TBI logrará, en la medida de lo posible, los siguientes objetivos:

- Valorar y brindar apoyo a los miembros del programa de exención para que sean individuos plenamente funcionales en su comunidad.
- Promover la rehabilitación, las prácticas basadas en la evidencia, y prácticas prometedoras que generen resultados en la vida real para los miembros.
- Ofrecer opciones de servicios centrados en el individuo que facilitarán la capacidad de cada miembro de vivir en un hogar de su elección, de tener un empleo o de participar en actividades significativas de su elección durante el día y de lograr sus objetivos de vida.
- Proporcionar la oportunidad para todos los miembros de que contribuyan al desarrollo de sus servicios y apoyo.
- Brindar oportunidades de capacitación y apoyo para fomentar el desarrollo de redes de apoyo natural más sólidas y permitir que los miembros dependan menos de los sistemas formales de apoyo.
- Garantizar el bienestar y la seguridad de las personas que reciben los servicios.
- Maximizar la autodeterminación, autodefensa y autosuficiencia de los miembros.
- Aumentar las oportunidades de integración en la comunidad a través de trabajo, formación continua, recreación y socialización.
- Proporcionar servicios de calidad y mejorar los resultados.

Las metas del Programa de exención de TBI en NC incluyen:

- Mejorar el enfoque en servicios de alineación y planificación centrados en el individuo y el apoyo con esos planes.
- Prestar servicios en comunidades más pequeñas en las que los individuos pueden elegir las personas con las que quieren vivir.
- Posibilitar que los individuos puedan vivir y trabajar con personas sin discapacidades.
- Mejorar los sistemas de aseguramiento de la calidad basados en resultados.

Elementos de servicios básicos para el Programa de exención de TBI en NC

Los siguientes elementos necesarios deben incluirse en todos los servicios y apoyo brindados por el Programa de exención de TBI en NC.

Coordinación de la atención

Los coordinadores de atención son profesionales calificados (Qualified Professionals, QP) del sistema de acreditación de North Carolina que cuentan con competencias en la planificación centrada en el individuo y que trabajan para Alliance. Los coordinadores de atención y los participantes del Programa de exención de TBI en NC mantienen un contacto según la frecuencia necesaria, en especial cuando cambian las necesidades. Los participantes de TBI o sus tutores legales son responsables de notificar de inmediato al coordinador de atención si se presenta una situación de emergencia u otra circunstancia que pueda poner en peligro su vida o que requiera un cambio en el Plan de apoyo individual (Individual Support Plan, ISP) centrado en el individuo. También informe a su coordinador de atención acerca de cualquier modificación en su dirección o información de contacto. Si no sabe o no recuerda quién es su coordinador de atención, comuníquese con Alliance al 800-510-9132.

Los coordinadores de atención asisten a las personas de las siguientes maneras:

- Identifican y documentan las necesidades de servicios y apoyo.
- Desarrollan el Plan de apoyo individual centrado en el individuo con resultados a largo plazo junto al individuo, la familia y otras personas elegidas por el individuo.
- Garantizan que la agencia prestadora cumpla objetivos a corto plazo de acuerdo con el plan anual.
- Identifican las opciones y coordinan los servicios.
- Monitorean riesgos para la salud y la seguridad con el fin de garantizar que los servicios se presten de acuerdo con el Plan de apoyo individual, que dichos servicios sigan satisfaciendo las necesidades de la persona y que ésta se sienta satisfecha al recibirlos.
- Resuelven problemas e informan reclamos.
- Intervienen en los momentos de crisis cuando es necesario.

Planificación centrada en el individuo: Plan de apoyo individual

El Plan de apoyo individual se desarrolla mediante un proceso de planificación centrada en el individuo. Está dirigido por el individuo con una TBI y/o por una persona legalmente responsable identificada o por otras personas que el individuo identifique o que desee que colaboren. La planificación centrada en el individuo se enfoca en brindar apoyo a individuos para identificar una visión para sus vidas. Es un proceso para crear vínculos efectivos y colaborativos con los individuos y aquéllos que trabajan junto a ellos, a fin de crear un plan de trabajo para alcanzar su visión. Un plan centrado en el individuo bien redactado es una herramienta enriquecedora y valiosa que describe las fortalezas, las preferencias y los objetivos del individuo. Identificará qué servicios y apoyo pueden llegar a necesitarse para lograr objetivos a corto y largo plazo. Genera medidas de acción positivas que el individuo, sus apoyos naturales y los proveedores de servicios deberán seguir para comprender los objetivos que son más importantes y, en última instancia, para lograr la visión que se propusieron.

El proceso de planificación comienza con una evaluación de los servicios/disposición actuales del individuo. Revisa las cosas a las que el individuo **les da importancia** y lo que **es importante para** el individuo. El coordinador de atención de TBI ayudará al individuo a programar la(s) reunión(es) e invitará a las personas identificadas para que participen. Las reuniones se llevarán a cabo a un horario y en un lugar que especifique el individuo o la persona legalmente responsable por él. Cada miembro del equipo recibe una invitación por escrito para asistir a la reunión. El individuo y el coordinador de atención de TBI analizan con el equipo todos los problemas que se identificaron durante el proceso de evaluación. La información se organiza de modo tal que le permita al individuo con una TBI trabajar con el equipo y mantener un debate abierto sobre estos u otros problemas para comenzar la planificación.

La reunión de planificación incluye un debate sobre la frecuencia con que se monitorearán los servicios, el apoyo y los problemas de salud/seguridad del individuo. Además, durante la reunión de planificación, se tomarán decisiones con respecto a las responsabilidades de cada miembro del equipo para implementar y monitorear el servicio. El coordinador de atención de TBI es responsable del monitoreo general del ISP y de la coordinación de atención con otros miembros del equipo y apoyos naturales. A los miembros del equipo, incluidos el individuo, sus apoyos naturales/familia y otros miembros de la comunidad que forman parte de la vida del individuo, también pueden asignárseles responsabilidades de monitoreo.

Una red de proveedores contratados que brindan servicios basados en la comunidad implementará el Plan de servicios individuales del individuo al prestar los servicios y el apoyo identificados.

Documentación y limitaciones del programa de exención

Se requiere cierta documentación para acceder y utilizar servicios y asistencia del Programa de exención de TBI en NC. Alliance debe garantizar el uso apropiado de los fondos del Programa de exención de TBI en NC de modo que se cumpla con las reglamentaciones federales y estatales. Los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) exigen que el proveedor presente la documentación apropiada para fundamentar el tipo de servicio, el nivel de servicio (individual o grupal) y la cantidad de servicio (horas) que se reciben. El programa federal de Medicaid espera que los servicios que reciben directamente las personas coincidan con la documentación que refleje estas necesidades.

Los fondos del Programa de exención de TBI en NC no pueden utilizarse para servicios ni apoyo que no se incluyan en el programa aprobado.

También existen límites para algunos servicios y grupos de servicios. Consulte el Apéndice B para obtener información adicional sobre las limitaciones del servicio.

Mejoras y aseguramiento de la calidad

Alliance, los CMS y el Departamento de Salud y de Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS), que son agencias que monitorean el uso de los fondos del programa de exención, desean asegurarse de que los participantes estén satisfechos con los servicios y el apoyo que reciben, y también desean asegurarse de que dichos servicios contribuyan con el progreso de las personas para alcanzar las metas y los resultados propuestos en sus Planes de apoyo individual.

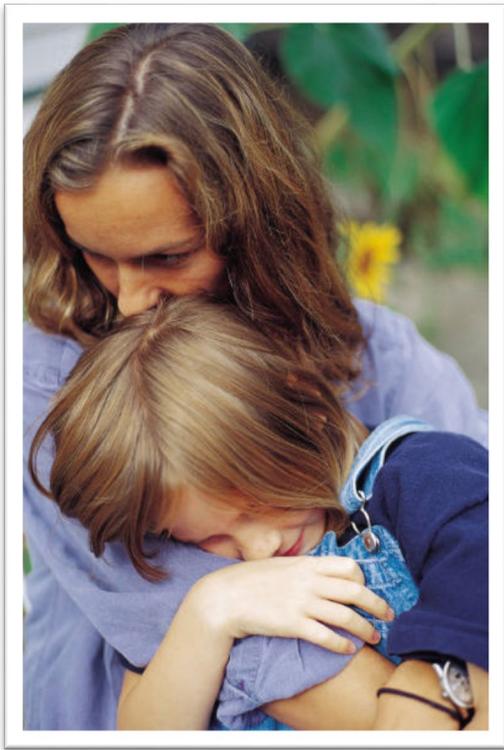
Se solicitará a los participantes del programa de exención, a su familia y/o tutores que participen en alguno o todos los procesos de calidad que se presentan a continuación:

- Visitas de monitoreo del coordinador de atención en su domicilio u otro lugar en el que reciba los servicios.
- Encuestas de satisfacción del paciente.
- Evaluaciones sobre los servicios que recibe por parte del Departamento de gestión de la calidad de Alliance.

Reinscripción en el Programa de exención de TBI en NC.

El Programa de exención de TBI en NC trabaja según el período anual del programa de exención que comienza el 1 de mayo y finaliza el 30 de abril. Si se retira del Programa de exención de TBI en NC durante el período anual de dicho programa, puede volver a inscribirse si lo hace antes de que finalice el período anual actual del programa, siempre que siga reuniendo los requisitos de elegibilidad.

Si se retira del Programa de exención de TBI en NC y regresa después de que haya finalizado el período anual actual de dicho programa, es posible que no pueda volver a inscribirse en el programa de inmediato en función de la financiación.



Sección 2: Cómo acceder y recibir los servicios del Programa de exención de TBI en NC

Esta sección brinda una explicación de los siguientes aspectos:

Solicitud de elegibilidad para TBI en NC

Evaluación del nivel de atención

Evaluación de las necesidades de apoyo

Evaluación de riesgos

**Priorización y registro de las necesidades no
satisfechas**

Solicitud de servicios del Programa de exención de TBI en NC

Alliance debe primero examinar a la persona y determinar si es elegible para recibir los servicios y/o para incluirse en el Registro de necesidades no satisfechas para recibir los servicios financiados del Programa de exención de TBI en NC. El proceso de selección y determinación de la elegibilidad comienza cuando se comunica con el siguiente contacto:

Alliance Health

Servicios para miembros y destinatarios: 800-510-9132

Al llamar a este número, se comunicará con un coordinador calificado de acceso al programa de TBI que trabajará con usted para reunir la documentación e información necesarias con el fin de determinar si reúne los requisitos para el Programa de exención de TBI en NC.

El proceso de selección consiste en una revisión clínica integral que incluye una evaluación para completar el formulario de nivel de atención de TBI en NC. Si usted tiene un nivel de atención que cumple con el programa de exención y se le asigna un lugar, el coordinador de atención de TBI completará una evaluación funcional de necesidades de apoyo y una evaluación de riesgos para la salud. Todas estas evaluaciones sirven para determinar si el programa de exención puede satisfacer las necesidades del individuo. Si se identifican riesgos para la salud y/o la seguridad, un *coordinador de acceso al programa de TBI y/o un coordinador de atención de Alliance* revisará las evaluaciones y tomará una determinación en cuanto a si las necesidades del individuo pueden satisfacerse a través de los servicios del Programa de exención de TBI. El individuo recibirá una notificación escrita del resultado de esta evaluación. Los individuos que se determinen como posiblemente elegibles para el programa de exención se colocan en el Registro de necesidades no satisfechas, si **no hay** financiación del programa de exención disponible. El especialista en TBI estará disponible para reunir documentación adicional, de ser necesario, o para solicitar una derivación a un proveedor de la red de su elección para recibir otros servicios/apoyos que estén disponibles mientras espera ingresar al Programa de exención de TBI.

¿Quiénes son elegibles para los servicios del Programa de exención de TBI en NC?

Para ser elegible para los servicios del Programa de exención de TBI en NC, una persona debe cumplir los siguientes requisitos:

- Ser elegible para Medicaid, según los bienes e ingresos del participante.
- Residir en los condados de Durham, Wake, Cumberland o Johnston (a efectos de la elegibilidad para Medicaid).

- Elegir participar en los servicios del Programa de exención de TBI en NC en lugar de recibir atención institucional (hospitales o centros de enfermería especializados que cuentan con atención y servicios especializados para personas con lesiones en el cerebro).
- Necesitar los servicios del Programa de exención de TBI en NC, según lo especificado en el Plan de apoyo individual centrado en el individuo, y utilizar al menos un servicio de dicho programa, que no sea el de relevo, al mes.

Y

- Presentar un estado de salud, seguridad y bienestar que pueda mantenerse en la comunidad respetando el límite de costo anual de \$135,000 por los servicios del Programa de exención de TBI en NC.

Y

- Vivir en una residencia privada o en un centro autorizado con seis personas o menos que no estén emparentadas con el propietario del centro.
- Cumplir con los requisitos de elegibilidad de centros de enfermería especializada (SNF) como asilos de ancianos, y/o con la elegibilidad para un nivel de atención en un hospital especializado.
- Además, el consumidor debe demostrar que puede beneficiarse con la rehabilitación especializada y que requiere servicios y/o apoyos especializados para daño en el cerebro que exceden los servicios disponibles a través de la elegibilidad del SNF.
- Los consumidores nuevos en este programa de exención vivirán con familias privadas o en arreglos de hogar con capacidad para seis camas o menos.

¿Qué son los centros de enfermería especializada y el nivel de atención en un hospital especializado?

Un centro de enfermería especializada es un centro médico de salud, o una parte separada de un centro, que cuenta con una licencia y un certificado de la División de Regulación de los Servicios de Salud (Division of Health Service Regulation, DHSR) y está inscrito en Medicaid para proporcionar cuidados de enfermería y servicios médicos en el lugar todos los días; pero que no proporciona el grado de tratamiento médico, consulta o servicios de apoyo médico disponibles en un hospital de cuidados intensivos. Es posible que las personas que son elegibles para recibir servicios en un SNF también sean elegibles para servicios de TBI en NC.

El nivel de atención en un hospital especializado, en relación con los servicios del Programa de exención de TBI, está guiado por los criterios generales que se aplican a pacientes con un diagnóstico de daño en el cerebro que tienen deficiencias cognitivas y conductuales persistentes y que requieren atención y supervisión las 24 horas.

Los requisitos de elegibilidad para un SNF y un hospital especializado se definen en la Política de cobertura clínica de la División de asistencia médica en el sitio web de la DHB en ncdhhs.gov/dma/.

¿Cómo se determina la elegibilidad para un nivel de atención en un centro de enfermería o un hospital especializado?

- Si solicita los servicios del Programa de exención de TBI en NC, un psicólogo/técnico en psicología autorizado de nuestra red o bien su médico (MD) completará su evaluación de nivel de atención. Alliance se encargará de las gestiones necesarias para su evaluación, obtendrá la información de evaluaciones anteriores o enviará un formulario para que lo completen estos profesionales.
- La herramienta de evaluación del nivel de atención de TBI en NC se utiliza para determinar el nivel de atención (Level of Care, LOC) inicial para cada participante del programa de exención. El formulario del nivel de atención de TBI integra información del nivel de atención FL-2 así como información correspondiente para el nivel de atención en un hospital especializado.
- Una vez que el psicólogo, el técnico en psicología autorizado o su médico hayan establecido la elegibilidad, el Departamento de Gestión de la Utilización de Alliance autorizará la atención.
- Todos los años, su coordinador de atención analiza su nivel de atención y Gestión de la Utilización determina si usted continúa siendo elegible para el nivel de atención que se requiere para la participación en el Programa de exención de TBI en NC.
- Cualquier cambio significativo en el estado de un individuo puede requerir una reevaluación.

Evaluación de las necesidades de apoyo y del riesgo

Su coordinador de atención completará una evaluación de las necesidades de apoyo y del riesgo. Además, se asegurará de que estas necesidades/riesgos estén contemplados en su Plan de apoyo individual y, según sea necesario, en un Plan de crisis. Los posibles riesgos y consideraciones de seguridad pueden incluir ámbitos delicados como las áreas conductuales, médicas y/o de la salud.

Priorización y registro de las necesidades no satisfechas

Cuando no haya fondos disponibles para los servicios necesarios de TBI en el momento de inscripción y el individuo sea potencialmente elegible para el Programa de exención de TBI en NC, el individuo pasará a ser parte del Registro de necesidades no satisfechas de su condado de residencia hasta que se disponga de los fondos de financiamiento. Las personas tienen prioridad para el financiamiento según la fecha y hora de su derivación al Programa de exención de TBI en NC. Las personas que presenten necesidades de emergencia pueden

recibir el financiamiento de capacidad reservada para casos de emergencia, en caso de estar disponible. Si no hay fondos disponibles, se buscarán recursos alternativos para garantizar la salud y la seguridad. Los fondos de la capacidad reservada denominada el Dinero sigue a la persona (Money Follows the Person, MFP) pueden encontrarse a disposición de quienes deseen abandonar centros de enfermería especializada u hospitales especializados y regresar a su comunidad haciendo uso de los servicios financiados por TBI.

Libre elección

Si decide solicitar los servicios del Programa de exención de TBI en NC, significa que está eligiendo estos servicios en lugar de requerir atención en un centro institucional (SNF u hospital especializado). Usted firmará la “Declaración de libre elección”, ya que, del mismo modo en que alguien cumple con los requisitos para ingresar a un centro institucional, usted tiene la libertad de elegir entre los servicios institucionales y los servicios del Programa de exención de TBI en NC.

Responsabilidades del participante

Su coordinador de atención lo ayudará a analizar y firmar el formulario de responsabilidades del participante. Este formulario detalla las responsabilidades de cada participante del Programa de exención de TBI en NC así como las políticas importantes de dicho programa que las personas deben conocer antes de decidir participar en este programa. Su coordinador de atención analizará el formulario con usted cuando ingrese al programa de exención y cada año en el que siga recibiendo los servicios de este. Este formulario se firma todos los años en los que participe del programa de exención (*consulte el Apéndice A*).

Solicitud de Medicaid

La elegibilidad para Medicaid no guarda relación con la elegibilidad para los servicios del Programa de exención de TBI en NC. Una persona puede ser elegible para recibir el seguro de salud de Medicaid pero puede no serlo para el Programa de exención de TBI en NC. El Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) de su condado es el experto local sobre la elegibilidad para Medicaid. Si usted recibe seguridad de ingreso suplementario (Supplemental Security Income, SSI), recibirá automáticamente Medicaid en North Carolina.

Todas las personas que reciban los servicios del Programa de exención de TBI en NC deben ser elegibles para Medicaid según lo determinado por el Departamento de Servicios Sociales (DSS) en el condado donde residan. Solo las personas cuyo servicio de Medicaid pertenezca a los condados de Wake, Durham, Cumberland y Johnston podrán participar en el Programa de exención de TBI en NC administrado por Alliance.

Información que debe saber sobre Medicaid

- Si es necesario, un representante de Alliance le ayudará a realizar una solicitud de Medicaid. Si ya tiene Medicaid, el representante de Alliance podrá ayudarlo a

comunicarse con el DSS para informarles sobre su solicitud de servicios del Programa de exención de TBI en NC.

- Es importante proporcionar al DSS toda la información necesaria para procesar o actualizar su solicitud de Medicaid, y que usted lea y responda todas las cartas que ellos le envían. Es importante mantener informado al DSS sobre cualquier cambio en su lugar de residencia.
- Cuando una persona solicita ingresos de Seguridad Social (Social Security Income, SSI), dicha solicitud también es una solicitud de Medicaid. El SSI se solicita en las oficinas locales de la oficina de Administración de Seguridad Social.
- Es importante mantener informado al coordinador de atención sobre cualquier cambio relacionado con su dirección o con los pagos de SSI, ya que estos pueden afectar su elegibilidad para Medicaid y, como resultado, interrumpir sus servicios del Programa de exención de TBI en NC.
- Si planea mudarse a un condado fuera del área de captación de Alliance, notifique a su trabajador de caso de Medicaid del DSS y a su coordinador de atención de inmediato, para que puedan ayudarlo a coordinar su atención y evitar una interrupción momentánea de los servicios.

Deducibles de Medicaid

El deducible de Medicaid (también conocido como “gasto reducido”) es similar a un deducible de un seguro privado. Los deducibles solo se aplican cuando los ingresos de la persona exceden un límite fijado. Es el monto de los gastos médicos de los cuales la persona es responsable antes de que Medicaid comience a pagar los servicios cubiertos.

- A diferencia de los seguros privados, el deducible de Medicaid se basa en el ingreso; por lo tanto, el monto no es el mismo para todos.
- El DSS le comunicará si tiene un deducible. (Si ha recibido una herencia o un monto considerable de dinero, comuníquese de inmediato con el DSS y con su coordinador de atención para analizar la posibilidad de cambios en el deducible).
- Medicaid no pagará los servicios si una persona se encuentra dentro del estado del deducible.
- En el caso de los participantes del Programa de exención de TBI en NC, el deducible se calcula por un período de seis meses y se divide en seis montos de pago mensual.
- El financiamiento del Programa de exención de TBI en NC no pagará los servicios cuando Medicaid no se encuentre vigente a raíz de un deducible.

Alcance del deducible de Medicaid

Si tiene un deducible de Medicaid, su coordinador de atención podrá ayudarlo a planificar los pasos para alcanzar su deducible todos los meses. No recibirá la cobertura de Medicaid para los servicios del Programa de exención de TBI hasta que no alcance el monto del deducible de Medicaid. El deducible de Medicaid se alcanza al sumar costos médicos. Los pagos de atención médica, suministros, medicamentos recetados y servicios pueden aplicarse a su deducible.

Se aprobará su acceso a los servicios de Medicaid cuando sus facturas sumen el monto del deducible. El DSS debe recibir las copias de las facturas utilizadas para alcanzar el deducible antes de aprobar su cobertura de Medicaid.

Algunas personas alcanzan su deducible al comprar los medicamentos a principios de mes. Otras personas prefieren que les hagan una factura y pagar los primeros días del servicio del Programa de exención de TBI en NC mediante una agencia prestadora. Si elige esta opción, recuerde que debe pagar los servicios que recibe a la agencia prestadora antes de que comience su cobertura de Medicaid. Si no paga las facturas de estos servicios, la agencia prestadora puede interrumpirlos.

Copagos

Ciertos tipos de cobertura de Medicaid (Parte D de Medicare) requieren un copago por parte del participante de Medicaid. El indicador de la sección de exenciones en el sistema de elegibilidad de Medicaid da aviso a la agencia prestadora sobre cualquier exención de copago que pueda aplicarse si usted participa en el Programa de exención de TBI en NC y no recibe Medicare.

- Las visitas a médicos, dentistas y optometristas, como también los medicamentos recetados, son ejemplos de los servicios que pueden requerir un copago.
- Si recibe Medicare y no cuenta con una cobertura de fármacos recetados, debe solicitar información a su coordinador de atención sobre la cobertura de fármacos recetados de Medicare.
- Como participante del Programa de exención de TBI en NC, también queda exento del límite de ocho recetas al mes, a menos que también reciba Medicare.
- Si la agencia prestadora o la farmacia no están al tanto de la exención, debe recomendarle a la agencia que se comunique con Alliance o consulte la Política de cobertura clínica en farmacias de Medicaid.

Si tiene preguntas respecto de sus copagos, comuníquese con DSS.

Seguro de salud privado (incluido Medicare)

Las reglamentaciones federales exigen que Medicaid sea el “último recurso” responsable del pago. Esto significa que las compañías de seguros externas, entre las que se encuentran Medicare y las compañías de seguro de salud privadas, deben pagar antes de que lo haga Medicaid. Si el pago de un servicio por parte de Medicaid es superior al pago que cubrirá la compañía de seguros externa, Medicaid se hará cargo de la diferencia hasta el monto de pago de Medicaid. Si el pago del seguro supera el monto de pago de Medicaid, Medicaid no se hará cargo del pago de montos adicionales.

Medicaid rechaza los pagos para los participantes que son elegibles para Medicare pero que no han solicitado Medicare.

Si el plan privado cubre y paga el servicio de un proveedor, pero no se cumplen ciertos requisitos del plan, Medicaid no se hará cargo del pago de dicho servicio.

Debe informar al DSS, a Medicaid, a su coordinador de atención y a su agencia prestadora si cuenta con alguna cobertura de Medicare o seguro privado.

Si no informa a estas personas o agencias acerca de su seguro privado o si no colabora de manera alguna en el cumplimiento de cualquier requisito del plan privado, será responsable del pago del servicio. Entre estos se incluyen los servicios cubiertos por el Programa de exención de TBI en NC.



Sección 3: Finalización del Plan de apoyo individual centrado en el individuo y selección de los servicios adecuados para usted

Esta sección brinda una explicación de los siguientes aspectos:

El proceso de planificación de apoyo individual

Uso de recursos y selección de los servicios del
programa de exención

Definiciones de servicios del Programa de exención
de TBI en NC

Finalización del Plan de apoyo individual centrado en el individuo

Una vez que haya solicitado los servicios del Programa de exención de TBI en NC, completado las evaluaciones, cumplido con los requisitos de elegibilidad, recibido una vacante disponible y se le haya autorizado para recibir Medicaid, su coordinador de atención realizará lo siguiente:

- Recopilará y organizará la información para usted y su equipo de planificación.
- Le preguntará a usted, a su familia y a la persona legalmente responsable, si corresponde, a quién desean incorporar en su equipo de planificación y qué rol desea tener en la reunión de planificación.
- Documentará los resultados de la reunión de planificación, incluido el desarrollo de su Plan de apoyo individual.
- Le explicará los diferentes servicios y trabajará con usted para desarrollar su plan según los servicios que desee.

Su ISP debe:

- Presentará los detalles suficientes para que una persona nueva en su vida pueda comprender su plan.
- Identificará el apoyo natural, no pagado y comunitario que pueda ayudarle a satisfacer sus necesidades.
- Reflejará el tipo, la duración y la cantidad de servicio que desea.
- Documentará de manera clara **la necesidad médica** para los servicios que necesita (el tratamiento necesario desde el punto de vista médico se explica en la página 39).
- Incluirá un cronograma que indique las ocasiones en las que necesita apoyo y los tipos de apoyo que necesita en diferentes momentos del día.
- Asistirá a las personas de su vida cotidiana para que comprendan sus objetivos, preferencias y necesidades de apoyo.
- Ayudará a identificar y contemplar los riesgos que se presentan.
- Reflejará las decisiones que toma.
- Respetará tanto a usted como a las personas que lo apoyan.
- Se hará entender fácilmente mediante el uso del lenguaje cotidiano.
- Asistirá a las personas que lo apoyan para que encuentren fácilmente la información.
- Identificará la manera en que se prestarán los servicios auxiliares de emergencias durante ausencias o vacantes del personal de apoyo.

Uso de recursos y selección de los servicios del programa de exención

Apoyo natural

Al desarrollar el ISP, recuerde que los servicios del Programa de exención de TBI en NC no pretenden reemplazar ni duplicar los servicios y recursos que ya se encuentren a su disposición. Por ejemplo, si ha visitado a su abuela una tarde al mes mientras sus padres asistían a una reunión, no necesitará recibir un servicio en lugar de esta visita a su abuela. El apoyo natural constituye una parte importante de la vida diaria y los servicios del programa de exención no están diseñados para reemplazarla.

Las próximas páginas de esta guía proporcionarán información sobre los servicios del Programa de exención de TBI en NC para que pueda trabajar con su equipo y elegir a aquéllos que se adaptarán mejor para satisfacer sus necesidades.

Los servicios del Programa de exención de TBI en NC tienen por objetivo permitirle seguir viviendo y participando como un miembro activo de su comunidad. Es importante comprender que existe una variedad de limitaciones y restricciones especiales en los servicios. Los servicios del Programa de exención de TBI en NC están diseñados únicamente para el individuo; este servicio de Medicaid no es para proporcionarles atención a otros miembros del hogar, como hijos o cónyuges. Deberá analizar con su coordinador de atención cada servicio que necesita utilizar.

Limitaciones

Puede solicitar los servicios que quiera, en la cantidad y con la duración que quiera solicitarlos siempre y cuando el servicio cumpla con los requisitos de necesidad médica. Como participante del Programa de exención de TBI, usted tiene derecho a un proceso debido para apelar cualquier rechazo de solicitudes de servicio realizado por Alliance.

El total de los Servicios base y de “Complementos” no puede exceder el límite del costo del programa de exención de \$135,000 por año.

Si un servicio de Medicaid u otro servicio disponible cubren sus necesidades en lugar de un servicio del Programa de exención de TBI en NC, debe utilizarse el otro servicio. No se pagarán los servicios de un participante que sea paciente de un hospital, centro de enfermería o centro ICF-IID, o de personas que se encuentren encarceladas en un establecimiento penitenciario.

Responsabilidades del proveedor

- La necesidad de servicios no puede determinarse según la necesidad de un proveedor o un empleado de recibir un porcentaje de reembolso específico.
- Es posible que los proveedores no le cobren a usted o a su familia ningún pago adicional por servicios y/o equipos que se han facturado a Medicaid. Esto se aplica a todos los

servicios y equipos del Programa de exención de TBI en NC y a los servicios y equipos regulares de Medicaid.

- Ni usted ni su familia pueden pagar parte del costo de los servicios o equipos.
- Los proveedores no pueden pedirle que firme un acuerdo en el que se establezca que usted no cambiará de agencia prestadora como condición de que le proporcionen servicios, ni tampoco pueden exigir que si la agencia prestadora le proporciona un servicio, ésta debe ser el proveedor de elección para otro servicio.

Servicios individuales y grupales

Para los servicios que tengan una tarifa grupal en los que existan posibles grupos, se espera que el participante reciba los servicios grupales, a menos que exista una justificación en el ISP del miembro que indique que los servicios individuales son necesarios para satisfacer las necesidades de discapacidad específicas del participante. En ciertos lugares, como en los programas de día, por lo general recibirá servicios grupales. Si se aprueban los servicios individuales, se espera que usted pase a recibir servicios grupales tan pronto como los servicios grupales satisfagan sus necesidades. Su equipo de planificación deberá recopilar información adicional para responder a la solicitud de servicios individuales cuando se encuentre en una situación en la que exista un grupo de otras personas.

Equipos y suministros

Si necesita un equipo o suministros, debe comunicarse con su coordinador de atención para recibir asistencia. Es importante recordar que los fondos de TBI en NC no podrán pagar los equipos o suministros cubiertos por su seguro de salud privado, Medicare o Plan estatal de Medicaid, aun si su compañía de seguros privados, Medicare o Plan estatal de Medicaid (División de Beneficios para la Salud/DHB) rechazan la solicitud de un artículo o suministro cubierto. Las compañías de seguros privados, Medicare y la DHB cuentan con procesos de aprobación, proveedores y limitaciones de servicio específicos que deben respetarse. La DHB también tiene un proceso para solicitar equipos y suministros que no se encuentran en las listas de artículos cubiertos de equipos y suministros.

Su coordinador de atención podrá ayudarle a solicitar equipos y suministros a su proveedor de seguros, Medicare o la División de Beneficios para la Salud (DHB). Si rechazan la solicitud, su coordinador de atención o la Guía comunitaria lo ayudarán a buscar otros recursos de financiamiento para los equipos o suministros que necesite. Debido que lleva mucho tiempo obtener las evaluaciones y otra información necesaria para la aprobación, debe informar sus necesidades a su coordinador de atención lo antes posible para que se incluyan los artículos necesarios en el Plan de apoyo individual y se obtenga la documentación correspondiente.

Las solicitudes de equipos y suministros requieren la aprobación de Gestión de la Utilización de Alliance. Una vez obtenida la aprobación, Alliance realizará el pedido de equipos o suministros.

El Programa de exención de TBI en NC no podrá pagar ningún artículo obtenido con anterioridad a la aprobación de Gestión de la Utilización de Alliance.

Si necesita un artículo que no está cubierto por su seguro privado, Medicaid o el Programa de exención de TBI en NC, su coordinador de atención puede derivarlo a un facilitador de recursos para ayudarle a buscar otros recursos de financiamiento posibles como fundaciones privadas, iglesias, organizaciones cívicas y/u otros recursos comunitarios.

Pasos para obtener equipos y suministros

1. Analice sus necesidades con el coordinador de atención y el equipo de planificación.
2. En su equipo, identifique el especialista que debe evaluar más detenidamente sus necesidades de equipos.
3. Participe en la evaluación.
4. Trabaje con su coordinador de atención para obtener una declaración de necesidad médica por parte del médico para obtener los equipos o suministros específicos recomendados.
5. Trabaje con su coordinador de atención para determinar un recurso de financiamiento posible para los equipos o suministros.
6. Trabaje con su coordinador de atención para enviar la solicitud y la documentación requerida a su compañía de seguros, Medicare, Medicaid o el Programa de exención de TBI en NC.
7. Participe en la capacitación para aprender a usar sus nuevos equipos o suministros.
8. Manténgase en contacto con su coordinador de atención y trabaje junto a él para obtener cualquier tipo de información solicitada por el recurso de financiamiento del equipo o suministro que sea consistente con las definiciones de servicios del Programa de exención de TBI en NC.

Ubicación de los servicios

Por lo general, los servicios financiados por el Programa de exención de TBI en NC se prestan en ubicaciones que se adapten mejor a sus necesidades individuales. Sin embargo, existen servicios que deben prestarse en ciertas ubicaciones o con un tipo de autorización específico. Consulte la definición del servicio para obtener información específica sobre ciertas limitaciones de la ubicación donde pueden prestarse los beneficios.

Si considera que existe una razón única por la que debe recibir servicios en el hogar de un empleado de servicio directo, la agencia prestadora debe completar un formulario de justificación/lista de verificación de salud y seguridad. Se le solicitará firmar esta lista de verificación.

Los únicos servicios que pueden proporcionarse en el hogar de un empleado de servicio directo son los servicios de atención personal y los servicios de relevo. En ciertas ocasiones, el hogar de su empleado de servicio directo debe estar autorizado para que pueda recibir allí los servicios de relevo.

Servicios en centros residenciales

- Si recibe servicios financiados por el Programa de exención de TBI en NC y vive en un centro autorizado, solo debe vivir en un centro residencial que brinde servicio a seis residentes o menos.
- Los servicios del Programa de exención de TBI en NC no se prestan en los centros residenciales ICF-IID.
- Los nuevos centros del Programa de exención de TBI en NC solo pueden tener una capacidad de tres camas o menos.
- Las instalaciones residenciales deben contar con la autorización del proveedor de apoyo residencial, a menos que presten servicios solo a un adulto en carácter de Hogar de familia alternativa (Alternative Family Living, AFL) sin autorización.

Calificaciones del personal que presta servicios del Programa de exención de TBI en NC

El Programa de exención de TBI en NC identifica las calificaciones de los proveedores para cada uno de los servicios del programa. Para todos los servicios, los empleados de servicio directo deben tener, al menos, 18 años de edad y tener experiencia de trabajo con personas con TBI.

Definiciones de servicios

Las definiciones de los servicios del Programa de exención de TBI en NC, incluidas las limitaciones y los requisitos de los proveedores, se incluyen en el programa. Puede encontrar enlaces a estos documentos en el sitio web de Alliance en AllianceHealthPlan.org. La información que se incluye aquí es una descripción general de cada servicio del Programa de exención de TBI en NC. Esta sección no incluye las definiciones completas del servicio. Si tiene preguntas sobre un servicio, su coordinador de atención también podrá brindarle información adicional al respecto.

Equipos y suministros de tecnología de asistencia

Los equipos y suministros de tecnología de asistencia son necesarios para el correcto funcionamiento de los artículos y sistemas, ya sean adquiridos a efectos comerciales, modificados o personalizados, que se utilizan para aumentar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de los participantes. Este servicio cubre las compras, el arrendamiento con derecho a compra, los costos de envío y, de ser necesario, la reparación del equipo con el objetivo de permitir a los participantes aumentar, mantener y mejorar su capacidad funcional para realizar las tareas cotidianas que no sería posible de otra manera. Todos los artículos deben cumplir con los estándares de fabricación diseño e instalación. El Plan de apoyo individual indica claramente un plan para capacitar al participante, al sistema de apoyo natural y al cuidador pago sobre el uso de los equipos y suministros solicitados. Se obtiene una recomendación por escrito de un profesional pertinente para garantizar que el equipo satisfaga las necesidades del participante. La solicitud por escrito de equipos y suministros de tecnología de asistencia debe estar acompañada por la firma de un médico que

certifique la necesidad médica de dicha solicitud. El equipo no se puede adquirir antes de que se apruebe el artículo.

Rehabilitación cognitiva

La rehabilitación cognitiva es una terapia individualizada que se utiliza para desarrollar habilidades cognitivas (del pensamiento) con el fin de mejorar las habilidades funcionales, entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, la atención, la memoria y la resolución de problemas; y de ayudar a identificar deficiencias en el razonamiento. El objetivo inicial de la terapia es mejorar la función cognitiva en la mayor medida posible. Se introducirán estrategias compensatorias si se retrasa el progreso. Esta fase ayudará a lograr una comprensión de las limitaciones cognitivas actuales, a mantener las habilidades aprendidas y a enseñar estrategias funcionales necesarias para mejorar la calidad de vida y las habilidades de los participantes con el fin de que puedan vivir de forma exitosa en la comunidad que elijan. Las estrategias compensatorias también incluyen la capacitación de personas importantes en la vida del individuo. La rehabilitación cognitiva incluye un enfoque tradicional que se centra en la deficiencia cognitiva del individuo e intenta remediarla o enseñarle estrategias compensatorias si los objetivos de restauración no son exitosos. Por lo general, este enfoque se proporciona en el contexto de un consultorio. La rehabilitación cognitiva también incluye un enfoque contextual que ayuda a los individuos a lograr una participación real en actividades del mundo real de su elección a las que tengan bloqueado el acceso debido a su deficiencia cognitiva. Por lo general, este enfoque se proporciona en la comunidad o en el hogar.

Red comunitaria: Servicio, clase y conferencia

Los servicios de la red comunitaria proporcionan actividades individuales durante el día que apoyan lo que el participante define como un día significativo en un entorno comunitario integrado con personas que no tienen discapacidades. Este servicio se proporciona por separado y fuera de la residencia privada del participante, de otro arreglo de hogar residencial y/o del hogar de un proveedor de servicios. Estos servicios no se prestan en centros autorizados y tienen como fin ofrecer una oportunidad al participante para que desarrolle relaciones comunitarias significativas con personas sin discapacidades. Los servicios están diseñados para promover la máxima participación de la vida en una comunidad mientras se desarrolla la asistencia natural dentro de entornos integrados. Los servicios de la red comunitaria permiten al participante aumentar o mantener su capacidad de independencia y desarrollar roles sociales valorados por los miembros de la comunidad sin discapacidades. El objetivo final de los servicios del Programa de exención de TBI en NC es que las personas aprendan a ser más independientes y dependan menos de los servicios; por lo tanto, son esenciales las evaluaciones permanentes del aprendizaje y la adquisición de habilidades para determinar la necesidad de un servicio continuo. Las horas de servicio deben ir reduciéndose de manera progresiva mientras los participantes adquieren destrezas y aumentan sus conexiones en la comunidad, según lo determinado por el paciente, los familiares y los proveedores. Sin embargo, no es necesario un plan formal de retiro progresivo del servicio.

Este servicio cubre el apoyo del personal necesaria para permitir la participación máxima en la comunidad. El servicio no cubre clases que el individuo decida tomar y que impliquen la integración en la comunidad con individuos que no tengan discapacidades.

Transición a la comunidad

La transición a la comunidad se refiere a los gastos de preparación, por única vez, para facilitar la transición de los participantes adultos de un centro para el desarrollo (o institución), un hogar comunitario de ICF-IID, un centro de enfermería u otro arreglo de hogar autorizado (arreglo de hogar comunitario, hogar sustituto u hogar de familia alternativa) a un arreglo de hogar en el que el participante sea directamente responsable de sus propios gastos cotidianos. Este servicio puede proporcionarse solo en un hogar o departamento privado con un contrato de locación a nombre del participante, o de su tutor legal o representante, o en un hogar que sea propiedad del participante.

Servicios de apoyo para crisis

Los servicios de apoyo para crisis representan un enfoque escalonado para apoyar a los participantes del programa de exención durante un caso de crisis que presente una amenaza para la salud y la seguridad tanto del participante como de otras personas. Estos tipos de comportamiento pueden dar como resultado que el participante pierda su hogar, trabajo o acceso a las actividades y participación en la comunidad. Los servicios de crisis son intervenciones inmediatas que están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para apoyar a la persona que sea la principal responsable del cuidado del participante. Los servicios de crisis se brindan para intentar prevenir la necesidad de atención en un centro institucional o la hospitalización psiquiátrica. Se puede autorizar por teléfono cuando se lo necesite o puede planearse junto al Plan de apoyo individual para cumplir con las necesidades del participante. Tras la autorización del servicio, cualquier modificación necesaria en el ISP y el presupuesto individual será efectiva dentro de los cinco días hábiles posteriores a la fecha de autorización verbal del servicio.

Existen tres tipos de servicios de crisis que pueden ayudarlo:

- **Respuesta para crisis primarias:** El personal capacitado está disponible para brindar servicios de crisis de “respuesta inicial” a los participantes del programa de exención que apoyan en caso de producirse una crisis.
- **Consulta sobre comportamiento en caso de crisis:** La consulta sobre comportamiento en caso de crisis está disponible para los participantes que presenten comportamientos desafiantes, considerables e intensos que den lugar a una situación crítica que requiera el desarrollo de un plan de apoyo en casos de crisis.
- **Crisis fuera del hogar:** Este es un servicio a corto plazo para un participante que atraviese una crisis y que requiera de un período de programas o apoyo estructurados. Este servicio se proporciona en un centro autorizado. El servicio para casos de crisis fuera del hogar puede utilizarse cuando no es posible apoyar de manera segura a un participante en el hogar debido al comportamiento del participante y al fracaso de la implementación de intervenciones conductuales formales para estabilizar el comportamiento, y/u otros enfoques para garantizar la salud y seguridad. Además, el servicio puede implementarse como una estadía de relevo planificada para los participantes del programa de exención que no puedan acceder al servicio de relevo regular debido a la naturaleza de su comportamiento.

Apoyo de día individual y grupal

El apoyo de día es principalmente un servicio grupal que brinda asistencia a las personas con la adquisición, retención o mejora en el proceso de autoayuda, socialización y habilidades de adaptación. El apoyo de día se proporciona en un entorno no residencial separado del hogar o centro en el que reside el individuo. El apoyo de día tiene como objetivo permitir que el individuo alcance o mantenga su nivel funcional máximo y está coordinado con todas las terapias del habla, terapias ocupacionales o físicas que se incluyen en el Plan de apoyo individual. Se incluye el traslado de ida y vuelta de la persona para que vaya desde su hogar hasta el centro de apoyo de día, como también los traslados dentro de la comunidad. En la tarifa de pago, se incluye el costo de traslado de ida y vuelta para asistir al programa de día.

Modificaciones en el hogar

Las modificaciones en el hogar son reformas físicas de una residencia privada necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del participante o para mejorar el nivel de independencia de este. Una residencia privada es un hogar propiedad del participante o su familia (familia natural, adoptiva o sustituta). El participante que viva en una residencia arrendada por él o su familia puede comprar artículos portátiles para utilizarlos. Este servicio cubre las compras, la instalación, el mantenimiento y, de ser necesario, la reparación de la vivienda con el objetivo de permitir a los participantes aumentar, mantener y mejorar su capacidad funcional para realizar las tareas cotidianas que no sería posible de otra manera. Se obtiene una recomendación por escrito de un profesional pertinente para garantizar que el equipo satisfaga las necesidades del participante. La solicitud por escrito del servicio de modificaciones en el hogar debe estar acompañada de la firma de un médico que certifique la necesidad médica de dicha solicitud. La lista de modificaciones sujetas a aprobación de acuerdo con el Programa de exención de TBI es exhaustiva, de modo que pida a su coordinador de atención que revise las modificaciones disponibles a través de dicho programa. Las modificaciones en el hogar no están disponibles para individuos que reciben apoyo residencial.

Los artículos que no constituyan un beneficio directo o terapéutico para el participante se excluyen de este servicio. La reparación del equipo está cubierta para los artículos comprados a través del programa de exención o comprados antes de participar en dicho programa, siempre que el artículo pueda identificarse dentro de la definición de este servicio y que el costo de reparación no exceda el costo de la compra del reemplazo de un equipo. El participante del programa de exención, o su familia, debe ser dueño de los equipos que deben repararse. La modificación solicitada debe ser aprobada previamente antes de que se adquiera la modificación en el hogar o antes de que se modifique el hogar. Una vez aprobada, la modificación debe llevarse a cabo en función de lo que se presentó para aprobación. Todo cambio realizado a la modificación o al costo de esta requiere aprobación previa.

Apoyo intensivo en el hogar

El apoyo intensivo en el hogar está disponible en el hogar privado de aquellos participantes que tienen necesidades excepcionales de apoyo médico o conductual y cuando se hayan agotado los límites en conjuntos de servicios. Los servicios de habilitación, apoyo y/o supervisión se prestan para ofrecer ayuda con respecto a la posición, a necesidades médicas intensivas, a la fuga o a la conducta, que podrían dar como resultado un daño al propio participante o a terceros. El personal implementa intervenciones y asistencia tal como se establece en el ISP.

El ISP incluye una evaluación y un plan de retiro progresivo o un plan de inclusión de tecnología de asistencia para reducir la cantidad de apoyo intensivo requerida por el beneficiario.

La necesidad de apoyo intensivo en el hogar está sujeta a revisión cada 90 días para su reautorización.

Formación de habilidades para la vida

La formación de habilidades para la vida proporciona rehabilitación y desarrollo de habilidades con el fin de permitir que el beneficiario adquiera y mantenga habilidades, que apoyan una mayor independencia. La formación de habilidades para la vida ofrece apoyo de rehabilitación y desarrollo de habilidades para personas que viven en entornos no residenciales y cuentan con apoyo en su propio hogar. La formación de habilidades para la vida mejora el apoyo familiar y natural del beneficiario y consiste en una serie de servicios necesarios para mantener y asistir al beneficiario para que pueda vivir en comunidad. La formación de habilidades para la vida no deriva de un centro autorizado como el apoyo de día, ni tiene como objetivo la capacitación pre vocacional. La formación de habilidades para la vida consiste en:

- Capacitación en habilidades interpersonales, y desarrollo y mantenimiento de relaciones personales.
- Formación para apoyar al beneficiario en el mejoramiento de sus habilidades de vida en comunidad, como hacer compras, realizar actividades de esparcimiento, tareas bancarias personales, ir a la tienda de comestibles y otras actividades en la comunidad.
- Capacitación con ejercicios terapéuticos, supervisión de la autoadministración de medicamentos y otros servicios esenciales para la atención médica en el hogar, como el traslado, la capacidad de caminar y el uso de dispositivos de movilidad especiales.
- Traslado para apoyar la implementación de la formación de habilidades para la vida.

La formación de habilidades para la vida puede proporcionarse cuando hay un cuidador principal en el hogar.

Educación con apoyo natural: Individual, conferencia

La educación con apoyo natural brinda capacitación a las familias y a la red de apoyo natural del participante para mejorar la capacidad de toma de decisiones de esta red, ofrecer orientación sobre la naturaleza y el impacto del daño traumático en el cerebro del participante y, finalmente, brindar educación y capacitación sobre intervención/estrategias y sobre el uso de equipos y suministros especializados. La educación y capacitación solicitada debe presentar resultados que se relacionen directamente con las necesidades de los participantes o con la capacidad de la red de apoyo natural para brindar atención y apoyo al participante. Además de la educación de apoyo natural individualizada, el cuidador principal reembolsará el costo de inscripción y de los materiales relacionados con la asistencia a conferencias y clases. El resultado deseado de esta capacitación es que el participante desarrolle y cuente con un mayor acceso a la comunidad al consolidar su red de apoyo natural. La solicitud debe ser aprobada previamente antes de que se paguen costos de inscripción para asistir a una clase o una conferencia.

Terapia ocupacional

La terapia ocupacional es un enfoque de tratamiento y evaluación que aborda las necesidades funcionales del miembro en relación con los efectos del daño en el funcionamiento adaptativo, la conducta adaptativa y las habilidades sensoriales, motrices, posturales, perceptuales y cognitivas. El objetivo es ayudar a las personas con TBI a que logren una mayor independencia al recobrar habilidades físicas, perceptuales y cognitivas por medio de ejercicios y otras actividades relacionadas.

Los servicios de terapia ocupacional del programa de exención se proporcionan una vez que se hayan superado los límites de los servicios del plan estatal de terapia ocupacional aprobado. Los tratamientos terapéuticos que se proporcionen por encima del plan estatal se proporcionarán de conformidad con las necesidades de los miembros según las identifique el proveedor autorizado y de acuerdo con la intensidad de rehabilitación del programa de exención.

Cuidado personal

Los servicios de cuidado personal establecidos en el Plan de Medicaid del estado de North Carolina difieren respecto de la definición de servicio y el tipo de proveedores de los servicios prestados de conformidad con el programa de exención. Los servicios de cuidado personal establecidos por el programa de exención incluyen apoyo, supervisión y participación activa en actividades de la vida diaria, como comer, bañarse, vestirse e higienizarse, entre otras. El apoyo al participante y la posibilidad de involucrarlo describen la flexibilidad de las actividades, que podrían alentarlos a mantener las destrezas adquiridas durante la habilitación, a la vez que supervisan las actividades independientes. Este servicio puede incluir la preparación de comidas, pero no incluye el costo de estas.

Cuando así lo establezca el ISP, este servicio podrá incluir también tareas domésticas, como tender las camas, limpiar superficies y pasar la aspiradora, relacionadas con el cuidado brindado o que sean esenciales para la salud y el bienestar del participante, más que para su familia. El cuidado personal también incluye asistencia para el monitoreo del estado físico y de la salud, el traslado, la capacidad de caminar y el uso de dispositivos de movilidad especiales.

El participante puede tener acceso a los servicios de cuidado personal fuera del hogar privado, siempre y cuando los resultados se ajusten al apoyo establecido en el ISP. En caso de que exista documentación en el ISP que establezca que las necesidades del participante no pueden ser cubiertas en su hogar privado u otro lugar de la comunidad, se puede autorizar la prestación de los servicios en el hogar privado del proveedor o un miembro del personal.

Los servicios de cuidado personal no incluyen traslado médico y no pueden brindarse durante el transcurso de un traslado médico o una consulta médica. Aquellos participantes que vivan en instalaciones residenciales autorizadas, hogares AFL autorizados, hogares sustitutos autorizados, u hogares de familia alternativa para adultos no autorizados, no tendrán acceso a ninguno de los beneficios de este servicio ni a ningún otro servicio de atención personal de un plan estatal.

Terapia Física

La terapia física es un enfoque de tratamiento y evaluación que aborda la promoción de las funciones sensoriales y motrices por medio de la mejora del estado músculo-esquelético, la

organización neuro-conductual, el desarrollo perceptual y motriz, el estado cardiopulmonar y la adaptación ambiental eficaz. A través de la terapia física, las personas con TBI reciben tratamiento para moverse y realizar actividades funcionales en sus vidas diarias y ayuda para prevenir afecciones asociadas con la falta de movilidad por medio de programas de ejercicio físico y bienestar que logran estilos de vida activos y saludables.

Los servicios de terapia física del programa de exención se proporcionan una vez que se hayan superado los límites de los servicios del plan estatal de terapia física aprobado. Los tratamientos terapéuticos que se proporcionen por encima del plan estatal se proporcionarán de conformidad con las necesidades de los miembros según las identifique el proveedor autorizado y de acuerdo con la intensidad de rehabilitación del programa de exención.

Apoyo residencial

El apoyo residencial incluye una variedad integrada de servicios de apoyo, supervisión y actividades de capacitación diseñadas de manera individual.

El apoyo residencial incluye los siguientes servicios:

- Servicios de habilitación que apuntan a brindar asistencia para que el participante adquiera, mejore o retenga habilidades de autoayuda, de mantenimiento general del hogar y preparación de los alimentos, de administración de las finanzas personales, de socialización y otras áreas de adaptación. Los resultados de la capacitación se centran en permitir al participante mejorar su capacidad para vivir de la manera más independiente posible dentro de la comunidad.
- Asistencia en actividades de la vida cotidiana cuando el participante depende de los demás para garantizar la salud y la seguridad.
- Asistencia, apoyo, supervisión y monitoreo que permiten a las personas participar de la vida dentro del hogar o de las actividades comunitarias. Se incluyen los gastos de traslado de ida y vuelta a la residencia y los puntos de traslado dentro de la comunidad siempre que no se cubran por otros recursos de financiamiento.

El apoyo residencial se proporciona en un entorno residencial comunitario con autorización/sin autorización. La capacidad de un centro desarrollado recientemente es de tres camas o menos. La capacidad de los centros residenciales existentes es de seis camas.

El apoyo residencial también puede proporcionarse en un contexto de hogares de familia alternativa. El sitio debe ser la residencia principal del proveedor AFL (pueden ser personas solteras o parejas) que recibe un reembolso por el costo de atención. Estos sitios deben contar con autorización cuando brinden apoyo a más de un adulto. Todos los AFL se evaluarán mediante una lista de control de AFL para observar cuestiones relacionadas con la salud y seguridad. Los proveedores de apoyo residencial de AFL deben limitarse a tres camas o menos.

El apoyo residencial se brinda en un entorno residencial autorizado que demuestre un carácter hogareño y comunitario. Un entorno hogareño y comunitario se caracteriza por presentar el entorno de un hogar; es decir, ofrece instalaciones típicas de un hogar como una cocina con un espacio para cocinar y un pequeño comedor, permite tener privacidad y recibir visitas en horarios oportunos para la persona y brinda un fácil acceso a los recursos y actividades dentro

de la comunidad. Los hogares comunitarios deben estar ubicados en vecindarios residenciales de la comunidad. Las comidas se sirven de un modo familiar y las personas acceden a las actividades comunitarias, los empleos, las escuelas o los programas de día. Cada instalación debe garantizar a cada persona el derecho de vivir de la manera más normal posible mientras reciben la atención y el tratamiento. Cada PIHP monitoreará el carácter hogareño y comunitario mediante un monitoreo continuo. Los coordinadores de atención monitorearán el carácter hogareño y comunitario del hogar durante el proceso de monitoreo del coordinador de atención. Los resultados del monitoreo se informarán al PIHP y la DHB. Los proveedores que no se encuentren dentro de los límites del cumplimiento recibirán un plazo para revertir esta situación.

- Los coordinadores de atención seguirán ofreciendo a los participantes la opción de elegir instalaciones más pequeñas.
- Las tarifas diarias del apoyo residencial incluyen los pagos del personal de socorro que brinda apoyo al participante en el hogar comunitario o en el hogar de familia alternativa.
- El proveedor de apoyo residencial es responsable del traslado de ida y vuelta de un programa de día autorizado.

Facilitación de recursos

La facilitación de recursos promueve la coordinación de apoyo médico, conductual, social y no pago para satisfacer las necesidades del beneficiario. Además, este servicio informa el proceso de planificación con el equipo y ayuda a los beneficiarios a garantizar apoyo coordinado, incluidos servicios directos. Entre las funciones específicas se incluyen las siguientes:

- Resumir las evaluaciones existentes y determinar riesgos y necesidades.
- Coordinar el apoyo médico, conductual, social y no pago junto con el equipo y el coordinador de atención para determinar los servicios/el apoyo necesarios.
- Trabajar junto con el beneficiario, la familia (según corresponda) y el equipo de la persona, según sea necesario, para evaluar, planificar, identificar, volver a evaluar, formar, capacitar, desarrollar recursos y proporcionar alcance, defensa y apoyo emocional.

Relevo

Los servicios de relevo brindan apoyo constante y alivio al (los) cuidador(es) principal(es) de la responsabilidad y estrés producto de cuidar a una persona. Este servicio permite al cuidador principal reunirse o participar en eventos planificados o de emergencia y poder planear tiempo personal y/o para su familia.

El relevo puede incluir servicios tanto dentro como fuera del hogar, incluida la atención nocturna, durante los fines de semana y en casos de emergencia (basada en la emergencia familiar, no incluye los casos de crisis fuera del hogar). El cuidador principal es el principal responsable de la atención y supervisión de la persona y debe mantener su residencia principal bajo la misma dirección que la persona. Este servicio no está disponible para participantes que vivan solos o con un compañero de cuarto en su propio hogar o departamento. Incluye el traslado desde la residencia del participante hasta los puntos de traslado dentro de la comunidad.

Servicios de consulta especializada

Los servicios de consulta especializada brindan asistencia técnica, especializada y de capacitación en áreas de especialidad (psicología, intervención de la conducta, terapia del habla, recreación terapéutica, comunicación aumentativa, equipos de tecnología asistida, terapia ocupacional, terapia física o nutrición) para asistir a los familiares, al personal de apoyo o a otra apoyo natural a brindar ayuda a los participantes con daño traumático en el cerebro que presentan necesidades de intervención a largo plazo. Bajo este modelo, los familiares u otros cuidadores pagos/no pagos reciben una capacitación de un profesional matriculado, autorizado y/o certificado o de un profesional de tecnología de asistencia calificado para llevar a cabo intervenciones terapéuticas, según el Plan de apoyo individual, lo cual aumenta la eficacia de la terapia especializada.

Este servicio también se utilizará para permitir que los especialistas, definidos como una pieza integral del equipo de apoyo individual, puedan participar en reuniones de equipo y brindar más apoyo y consultas intensivas a las personas cuyas necesidades médicas y/o conductuales/psiquiátricas puedan considerarse como extremas o complejas. El participante puede estar presente, o no, durante la prestación de los servicios. El profesional y el personal de apoyo podrán facturar el tiempo del servicio simultáneamente.

Terapia del habla y el lenguaje

La terapia del habla y el lenguaje es la evaluación y el tratamiento de trastornos del habla o el uso del lenguaje. La evaluación y el tratamiento de miembros con TBI pueden incluir el uso del lenguaje (escuchar, hablar, leer, escribir), la cognición (atención, memoria, secuenciación, planificación, gestión del tiempo, resolución de problemas), las habilidades motrices del habla, la articulación y las habilidades conversacionales. También puede abordar problemas relacionados con la deglución y la respiración. La terapia del habla y el lenguaje tiene como objetivo ayudar a los miembros a recuperar habilidades perdidas o a lograr un mayor nivel de independencia en relación con habilidades que cambiaron de forma permanente.

Los servicios de terapia del habla y el lenguaje del programa de exención se proporcionan una vez que se hayan superado los límites de los servicios del plan estatal de terapia del habla y el lenguaje aprobado. Los tratamientos terapéuticos que se proporcionen por encima del plan estatal se proporcionarán de conformidad con las necesidades de los miembros según las identifique el proveedor autorizado y de acuerdo con la intensidad de rehabilitación del programa de exención.

Servicios de apoyo en el empleo

Los servicios de apoyo en el empleo brindan asistencia en la elección, obtención y conservación de un trabajo para los participantes del Programa de exención de TBI que no hayan podido conseguir un empleo competitivo, que lo hayan interrumpido o cuyo empleo haya sido intermitente. Los servicios de apoyo en el empleo se producen en entornos integrados con personas sin discapacidades o se trata de una empresa propiedad del consumidor. Los servicios de apoyo en el empleo no se llevan a cabo en programas comunitarios de día autorizados.

Entre los servicios de apoyo iniciales en el empleo se incluyen los siguientes:

- Educación/capacitación previa al trabajo y actividades de desarrollo con el fin de preparar a las personas para participar en actividades significativas relacionadas a un trabajo que pueden incluir orientación educativa/profesional, observación en situaciones de trabajo, asistencia en el uso de recursos educativos, capacitación en la preparación del currículum vitae, destrezas en entrevistas laborales, habilidades académicas y asistencia en las habilidades de aprendizaje necesarias para conservar un trabajo.
- Asistencia a la persona para que desarrolle y dirija una microempresa. Esto consiste en lo siguiente:
 - Ayudar a la persona a identificar las posibles oportunidades de negocios.
 - Asistir en el desarrollo de un plan comercial, en el que se identifiquen los posibles recursos de financiamiento para el negocio y otros tipos de asistencia.
 - Identificar el apoyo necesario para que la persona pueda dirigir el negocio.
- Actividades de preparación y apoyo en el empleo que permitan a una persona completar su capacitación inicial en un trabajo o conservar el empleo, como el monitoreo, la supervisión, la asistencia en tareas laborales, la capacitación de adaptación laboral y la orientación.

El apoyo de seguimiento a largo plazo incluye:

- Actividades de preparación y apoyo en el empleo que permitan a una persona conservar el empleo en un grupo como en un enclave o en un equipo móvil.
- Asistencia, orientación y guía permanente para una persona que dirija una microempresa cuando el negocio se haya lanzado.
- Asistencia a la persona para conservar el empleo mediante actividades como el monitoreo, la supervisión, la asistencia en tareas laborales, la capacitación de adaptación laboral y la orientación.
- Consulta al empleador con el objetivo de identificar las necesidades relacionadas con el trabajo de la persona y participar de manera proactiva en actividades de apoyo para abordar el problema o la necesidad.

Los servicios de apoyo en el empleo incluyen el traslado de ida y vuelta desde la residencia del participante hasta el centro de trabajo. El pago del traslado por parte de la agencia prestadora, desde la residencia del participante hasta el centro de trabajo, es tiempo de servicio autorizado.

Si el proveedor emplea a la persona, el servicio puede continuar en las siguientes circunstancias:

- El trabajo/puesto continuarían existiendo aun si la agencia prestadora no recibiera un pago por prestar el servicio.
- El trabajo/puesto no finalizarían aun si el consumidor optara por una agencia prestadora diferente para que prestara el servicio.
- Las horas de trabajo no tienen una correlación unívoca con la cantidad de horas del servicio que se autorizaron.

Sin embargo, si es elegible, deben utilizarse los servicios de rehabilitación vocacional antes de acceder a los servicios de apoyo en el empleo de TBI.

Modificaciones al vehículo

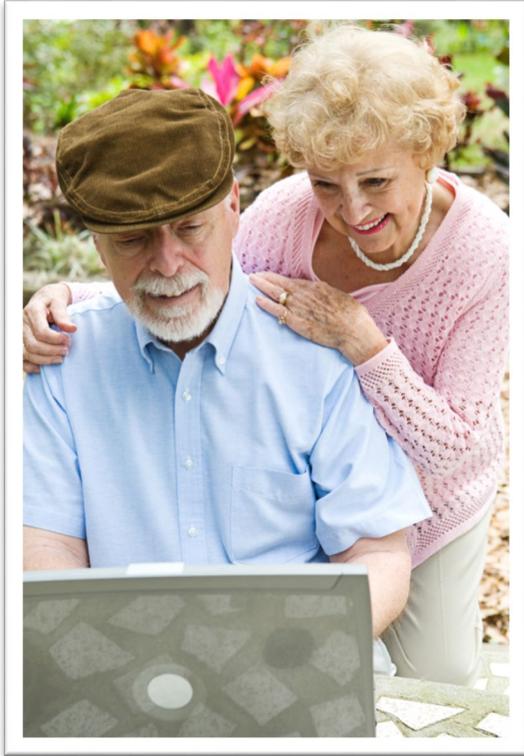
Las modificaciones a vehículos son dispositivos, servicios o controles que permiten a los participantes aumentar su independencia o seguridad física al ofrecer un traslado seguro por toda la comunidad. Se incluyen la instalación, la reparación, el mantenimiento y la capacitación sobre el cuidado y el uso de estos artículos. El participante del programa de exención o su familia deben ser dueños del vehículo o deben haberlo arrendado con derecho a compra. El vehículo debe estar cubierto por una póliza de seguros para automóviles que brinde la cobertura suficiente para reemplazar la adaptación en caso de accidente.

Las modificaciones no incluyen el costo del vehículo ni el arrendamiento con derecho a compra. Se debe obtener una recomendación por escrito de un profesional pertinente para garantizar que la modificación satisfaga las necesidades del participante. Todos los artículos deben cumplir con los estándares de fabricación, diseño e instalación. La instalación debe realizarse por un distribuidor autorizado del fabricante de equipos adaptativos según las instrucciones de instalación del fabricante, la Asociación nacional de distribuidores de equipos de movilidad, la Sociedad de ingenieros automotrices o las pautas de la Administración Nacional de Seguridad del Tráfico en las Carreteras. La solicitud por escrito del servicio de modificación al vehículo debe estar acompañada de la firma de un médico que certifique la necesidad médica de dicha solicitud.

La reparación del equipo está cubierta para los artículos comprados a través del programa de exención o comprados antes de participar en dicho programa, siempre que el artículo pueda identificarse dentro de la definición de este servicio y que el costo de reparación no exceda el costo de la compra del reemplazo de un nuevo equipo.

La modificación solicitada debe ser aprobada previamente antes de que se modifique el vehículo. Una vez aprobada, la modificación debe llevarse a cabo en función de lo que se presentó para aprobación. Todo cambio realizado a la modificación o al costo de esta requiere aprobación previa. La familia/el participante/la persona legalmente responsable no puede pagar costos adicionales al proveedor por encima de lo que ya pagó Medicaid.

Las modificaciones al vehículo no están disponibles para participantes que reciben apoyo residencial. Aquellas modificaciones que requiera el vehículo de un proveedor son responsabilidad de dicho proveedor y no están cubiertas a través de este servicio.



Sección 4: Aprobación de su Plan de apoyo individual y autorización del servicio

Esta sección brinda una explicación de los siguientes aspectos:

Envío del Plan de apoyo individual a Gestión de la
Utilización para su aprobación

Apelaciones y quejas

Limitaciones del servicio

Criterios de uso

Autorización del servicio

Envío del Plan de apoyo individual a Gestión de la Utilización

El Plan de apoyo individual le pertenece a la persona que recibe los servicios. El proceso de planificación está centrado en el individuo y está dirigido/facilitado por el individuo que recibe los servicios en la medida que desea. El ISP identifica las fortalezas y capacidades, los deseos y las necesidades de apoyo. Cuando se completa el Plan de apoyo individual, se le solicitará a usted (o a la persona legalmente responsable, si corresponde) que firme este plan. Encontrará un espacio en el ISP para indicar que no está de acuerdo con este plan. Luego, su coordinador de atención envía el plan al Departamento de Gestión de la Utilización para que sea revisado y se determine la necesidad médica de los servicios solicitados. El ISP debe firmarse para que pueda aprobarse.

Antes de firmar el plan, los coordinadores de atención lo revisarán con el individuo y/o con la persona legalmente responsable, responderán cualquier pregunta que el individuo tenga sobre el plan y realizarán los cambios al plan que el individuo solicite. El plan debe incluir el nivel de los servicios que solicitó, que puede ser diferente al nivel de los servicios que se aprobó.

Entre la información que envía el coordinador de atención a Gestión de la Utilización se incluye la siguiente:

- Información de contacto para el coordinador de atención.
- Plan de apoyo individual, incluido el plan de crisis.
- Presupuesto individual para servicios planificados.
- Nivel de atención (solo solicitudes iniciales).
- Evaluación de las necesidades de apoyo y del riesgo.
- Otras evaluaciones del profesional correspondiente, si corresponden.
- Plan de apoyo de comportamiento positivo, si corresponde.
- Órdenes médicas, si corresponden.
- Información específica del servicio como los planes de retiro progresivo y detalles del equipo que se solicita.
- Plan del modo en que se utilizará un equipo solicitado con resultados de la capacitación, si corresponde.

A partir de la fecha en que se envía la información, el Departamento de Gestión de la Utilización cuenta con 14 días para revisar la solicitud y aprobarla, rechazarla o solicitar información adicional. Si se solicita información adicional, se podrán pedir hasta 14 días adicionales (pero no deberá extenderse más) para completar la evaluación. Recibirá una carta que le notificará si se ha solicitado más información y se le comunicará el plazo con el que cuenta para entregar dicha información.

Tratamiento necesario desde el punto de vista médico

Para que el Programa de exención de TBI en NC cubra (pague) el tratamiento (servicios), dichos servicios deben ser considerados como “necesarios desde el punto de vista médico”. Esto significa que el tratamiento y los servicios deben:

- Ser necesarios y adecuados para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento paliativo, curativo o reconstituyente de una afección de salud mental o por abuso de sustancias;
- Ser consecuentes con las políticas de Medicaid y los estándares nacionales o basados en evidencia, los estándares definidos por el DHHS de North Carolina o ser verificados por médicos clínicos particulares expertos en el momento en que se realizan los procedimientos, se proporcionan los productos o se prestan los servicios;
- Ser prestados en el entorno más redituable y menos restrictivo que se ajusta a los estándares de atención clínicos;
- **No ser prestados exclusivamente para conveniencia de la persona, los familiares, el cuidador o el proveedor;**
- No tener fines experimentales, de investigación, no demostrados o estéticos;
- Ser proporcionados o supervisados por profesionales autorizados (según sea relevante) por las leyes estatales en la especialidad en la cual prestan el servicio y conforme al Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales, el Plan estatal de Medicaid, el Código Administrativo de North Carolina, las políticas de cobertura médica de Medicaid y otras instrucciones estatales y federales correspondientes.
- Ser suficientes en cantidad, alcance y duración para lograr su fin de manera razonable.
- Estar relacionados 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.

Dentro del alcance de las pautas anteriores, el tratamiento necesario desde el punto de vista médico debe estar diseñado para lograr lo siguiente:

- Proporcionarse según el Plan de apoyo individual centrado en el individuo que se basa en una evaluación integral y está desarrollado conjuntamente con la persona que recibe los servicios y el equipo comunitario.
- Cumplir con las directivas avanzadas de salud mental o médicas que se han elaborado.
- Satisfacer las necesidades únicas de las minorías lingüísticas y culturales, y prestarse de manera relevante a nivel cultural.
- Prevenir la necesidad de tratamiento o institucionalización involuntarios.

Rechazo de los servicios/derechos de apelación

Si, en la opinión profesional de los médicos clínicos que integran el equipo de Revisión de la Utilización (Utilization Review, UR), uno o varios de estos criterios de necesidad médica no se cumplen, el equipo de UR es responsable de cuestionar la solicitud de servicio o apoyo presentada, ya sea porque el servicio no es adecuado o porque la cantidad o la duración del servicio solicitado no se considera adecuada. Si se rechaza, reduce o cancela un servicio solicitado en el ISP, tiene derecho a presentar una apelación.

El primer paso del proceso de apelación es solicitar una apelación a nivel de la LME/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 haya 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 como resultado la anulación, la ratificación o la modificación de la decisión inicial por parte de Alliance. Usted o su tutor legal recibirán por correo postal una explicación por escrito de la decisión y derechos de apelación, si corresponde. Recuerde notificar a su coordinador de atención y al trabajador de caso de Medicaid del DSS si su dirección postal ha cambiado.

Su coordinador de atención podrá ayudarlo si necesita información para el proceso de apelación. El plan de MH/DD/SAS de North Carolina exige que se lleve a cabo el proceso de apelación en el nivel de la LME/MCO antes de poder iniciar un proceso de apelación en una audiencia imparcial estatal. La apelación es una oportunidad para que usted trabaje junto a Alliance para presentar información adicional y/o aclarar nueva información respecto del servicio rechazado.

Tenga en cuenta que los derechos de apelación no se proporcionan a los adultos inscritos (mayores de 21 años) si los servicios se han aprobado hasta el beneficio máximo establecido en el programa de exención. Apelar a una decisión de UR es su derecho, y Alliance nunca tomará represalias en su contra si usted decide apelar.

Proceso para solicitar una apelación en el nivel de la LME/MCO

- Usted o su tutor deben completar y enviar el formulario de apelación en el nivel de la LME/MCO a Alliance en el plazo de **sesenta (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 Health, a la atención de: Appeals Department
5200 W. Paramount Parkway, Suite 200, Morrisville, NC 27560
Teléfono: (919) 651-8545 o por fax: (919) 651-8682
UMAppeals@AllianceHealthPlan.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 en el 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 que se describen a continuación.

- 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 usted solicita una extensión o si Alliance demuestra que se necesita información adicional y que la demora es lo más adecuado para usted.

¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de la apelación en el 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 North Carolina. 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. A la decisión de la revisión de la apelación en el nivel de la LME/MCO se adjuntarán 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 North Carolina en el plazo de 120 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 North Carolina 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 en el nivel de la LME/MCO?

Alliance debe continuar proporcionando los beneficios (servicios) al miembro durante la apelación en el 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.

- La apelación implica la finalización, suspensión o reducción de un tratamiento previamente autorizado.
- Los servicios fueron solicitados por un proveedor autorizado.
- El período original cubierto por la autorización original no se encuentra vencido.
- El miembro solicita específicamente la continuación de los beneficios.

Los servicios deberán continuar mientras la apelación se encuentre pendiente hasta que ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- El miembro retira la apelación.
- Transcurren diez días después de que Alliance envíe el aviso de resolución de apelación, a menos que el miembro haya solicitado una audiencia imparcial estatal en el plazo de esos diez días.
- La Oficina de audiencias administrativas emite una decisión de audiencia negativa para el miembro.
- Se cumplen el período o los límites 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 miembro mientras la apelación se encontraba pendiente. Alliance solamente podrá buscar la recuperación por parte del miembro, el cónyuge de un miembro adulto, o el padre, la madre o el tutor legal de un miembro menor. El director ejecutivo (Chief Executive Officer, CEO) de Alliance o una persona designada tomará la decisión sobre si se debe recuperar el costo de dichos servicios y deberá tener en cuenta los siguientes factores:

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

¿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 North Carolina o al 800-662-7407 para comunicarse con el Servicio de remisión de abogados del Colegio de Abogados de North Carolina. También puede comunicarse gratis con Disability Rights de North Carolina en el 877-235-4210 o con Ayuda legal de North Carolina en el 866-219-5262.

Limitaciones del servicio

Los límites en conjuntos de servicios (servicios proporcionados en combinación) tienen como fin representar la cantidad máxima de servicios que las personas con necesidades de discapacidad excepcionales pueden recibir. Los límites en conjuntos de servicios se aplican a los siguientes servicios del Programa de exención de TBI en NC por el año del plan y están sujetos a cambios con cada renovación del programa de exención:

- Servicios de la red comunitaria
- Apoyo de día

- Formación de habilidades para la vida
- Cuidado personal
- Apoyo en el empleo

Otros tipos de limitaciones

La definición de cada servicio tiene limitaciones adicionales que se enumeran en el programa de exención aprobado. Su coordinador de atención lo ayudará a comprender los límites que se aplican a los servicios que usted solicita.

Entre estos límites se incluyen:

- Servicios que no pueden prestarse en el mismo momento del día que otros servicios.
- Servicios que no pueden prestarse el mismo día que otros servicios.
- Servicios que no pueden prestarse si recibe otros servicios.
- Servicios que presentan límites de gastos anuales o que superan la duración del Programa de exención de TBI en NC (3 años).
- Servicios que no pueden prestarse en ciertas ubicaciones.
- Servicios que cuentan con otras condiciones de uso.

Criterios de uso

Alliance tiene permitido, por contrato con Medicaid en NC, establecer criterios de uso para los servicios aprobados por su Departamento de Gestión de la Utilización. Si tiene preguntas específicas o quisiera consultar estos criterios, podrá recibir ayuda de su coordinador de atención o de una persona del Departamento de Gestión de la Utilización.

Los administradores de atención de Gestión de la Utilización analizarán los datos enviados por su coordinador de atención de acuerdo con una serie de criterios que incluyen lo siguiente:

- Información que indique de manera clara por qué el servicio/equipo está relacionado con su discapacidad.
- Criterios de Gestión de la Utilización.
- Pautas prácticas.
- Criterios de aprobación del Plan de apoyo individual.

Como resultado de dicho análisis, el administrador de atención de Gestión de la Utilización aprobará la autorización de los servicios solicitados o la transferirá a un nivel superior para su revisión. La decisión de reducir o rechazar una solicitud de autorización de un servicio solo puede ser tomada por un psicólogo o un médico autorizado de Alliance. Los rechazos o las reducciones en los servicios pueden apelarse (consultar Derechos de apelación).

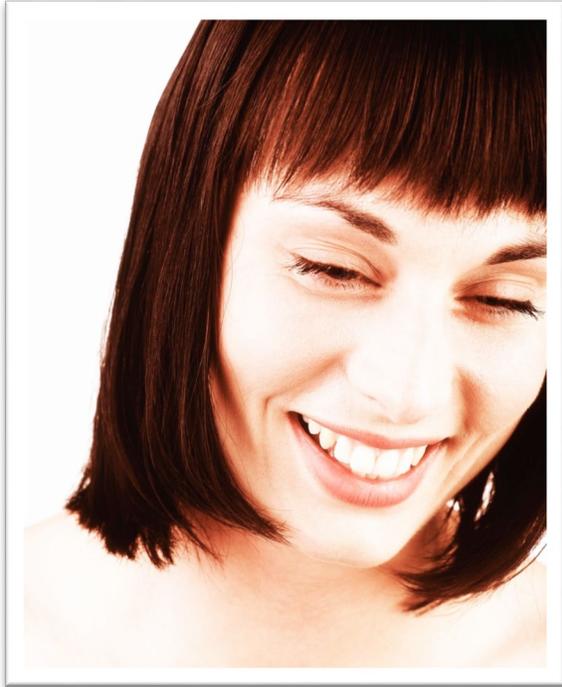
Autorización del servicio

Todos los servicios del Programa de exención de TBI en NC deben estar aprobados y autorizados en el Plan de apoyo individual para que la agencia prestadora pueda facturar a

Alliance. El personal de Gestión de la Utilización, llamados administradores de atención, completa la aprobación y la autorización del ISP.

El coordinador de atención le enviará una copia del ISP y una carta de aprobación cuando hayan aprobado el plan. La agencia prestadora recibirá una notificación de Gestión de la Utilización cuando se hayan aprobado (autorizado) sus servicios. Sus servicios comenzarán cuando la agencia prestadora reciba la autorización que le permita facturar a Alliance por los servicios prestados.

Si algunos servicios se aprueban y otros se rechazan, podrá recibir los servicios aprobados mientras apela los servicios rechazados, si lo prefiere. También podrá realizar una nueva solicitud para servicios nuevos mientras la apelación se encuentra pendiente, si lo prefiere.



Sección 5: Implementación de los servicios

Esta sección brinda una explicación de los siguientes aspectos:

**Red de proveedores de Alliance Health
Cómo iniciar sus servicios**

Red de proveedores de Alliance Health

Alliance mantiene una red de proveedores mediante la contratación de proveedores calificados que son competentes en el plano cultural, demuestran competencias de acuerdo con las mejores prácticas y garantizan que los servicios se brinden en tiempo y forma. La red es lo suficientemente diversa en cuanto a su ubicación y a sus servicios médicos como para asegurar un correcto acceso a todos los servicios cubiertos por el Programa de exención de TBI en NC. La red de proveedores de Alliance también garantizará su salud y seguridad y, además, demostrará prácticas éticas y responsables. Su satisfacción y logros son la prioridad de los proveedores de la red de Alliance.

Responsabilidades del proveedor

- Participar en el Plan de apoyo individual y en otras reuniones de planificación de servicios con usted, su coordinador de atención y su familia.
- Reclutar personal calificado y garantizar que el personal tiene el privilegio, la capacitación y la supervisión en la prestación de servicios.
- Implementar servicios autorizados por el Departamento de Gestión de la Utilización de Alliance según consten en el ISP.
- Desarrollar los objetivos a corto plazo según se decidan en la reunión del ISP, como también las estrategias de capacitación/análisis de tareas para alcanzar sus objetivos.
- Monitorear servicios para garantizar que se implementen según se describan en el ISP y se acuerden en los objetivos de corto plazo.
- Revisar y conservar la documentación de los servicios que sea adecuada para contribuir con el progreso.
- Notificar al coordinador de atención sobre cambios significativos en su situación, necesidades y prestación de servicios.
- Prestar servicios en función del ISP de la persona y facturarlos según lo autorizado y prestado.
- Proporcionar personal auxiliar cuando se programe la ausencia del empleado de servicio directo.
- Completar resúmenes de progreso trimestrales para servicios de habilitación.

Selección de proveedores de servicios

Durante el desarrollo de su Plan de apoyo individual, deberá decidir cuál es el proveedor de la red que satisface mejor sus necesidades. Su coordinador de atención le proporcionará una lista de los proveedores aprobados en su área que ofrecen los servicios que necesita. Debe decidir cuáles serán los más adecuados.

Las siguientes son algunas preguntas que probablemente desee realizarle a las agencias prestadoras:

- ¿Presta los servicios que necesito?
- ¿Cómo capacita a sus empleados?
- ¿Puedo conocer al trabajador antes de que lo asignen a mi hogar?

- ¿Con quién puedo comunicarme si tengo problemas con un trabajador?
- ¿Qué puedo hacer para que la agencia prestadora sepa cuáles son mis necesidades?
- ¿Cuáles son los pasos que debo seguir si el trabajador no se presenta a trabajar y necesito que se asigne un reemplazo?
- ¿Su empleado recibirá capacitaciones durante el año en función del método que se implemente (por ejemplo, capacitación sobre cómo manejar determinada conducta, etc.)?
- ¿Proporciona los suministros necesarios para alcanzar los objetivos (por ejemplo, si el objetivo es armar un rompecabezas, ustedes facilitan el rompecabezas)?
- ¿Cuentan con personal calificado para proporcionar más de un servicio? ¿Cuáles?
- ¿Con qué frecuencia y mediante qué medio la agencia supervisa al empleado? ¿Cuándo llevará a cabo las visitas domiciliarias para observar los servicios?
- ¿La agencia me llamará a mí o a una persona que yo elija para notificarnos sobre la visita domiciliaria?

Cómo iniciar sus servicios

La implementación del ISP es una responsabilidad que usted comparte con sus familiares y los miembros de su equipo de planificación. Los servicios deben comenzar dentro de **los 45 días de la aprobación del ISP inicial**.

Plazos

Su ISP inicial debe enviarse para su aprobación en un plazo de **60 días desde la fecha de determinación del nivel de atención del nivel de atención**. Su ISP anual entrará en vigencia el primer día del mes posterior al mes de su cumpleaños. Para el ISP inicial, anual o actualizado, todos los planes deben aprobarse antes de que comiencen los servicios. Si se rechaza la aprobación, se ofrecerán los derechos de apelación. Los servicios deben comenzar inmediatamente después de cualquier ISP o actualización a un ISP. Si los servicios no comienzan de inmediato, es posible que se deba revisar su ISP. Si desea modificar o agregar servicios durante el año del plan, puede pedirle a su coordinador de atención que lo ayude a actualizar su ISP en cualquier momento.

Cuando se aprueba el Plan de apoyo individual

- La agencia prestadora de la red de su elección desarrolla objetivos a corto plazo y estrategias/análisis de tareas para asistir al personal en la implementación consistente de los resultados a largo plazo.
- Se asignará personal auxiliar en el caso de que un empleado de servicio directo no pueda asistirlo debido a la ausencia del personal.
- El DSS recibe una notificación de Alliance para que el indicador del Programa de exención de TBI en NC pueda incluirse en su registro de Medicaid.



Sección 6: Programa de exención de TBI en NC Políticas y procedimientos

Esta sección brinda una explicación de los siguientes aspectos:

Monitoreo de los servicios por el coordinador de atención

Uso mínimo de servicios para permanecer en el Programa de exención de TBI en NC

Viajes fuera del estado

Otra información de utilidad

Monitoreo de los servicios por el coordinador de atención

Su coordinador de atención es responsable de monitorear la implementación de su Plan de apoyo individual y de todos los otros servicios de Medicaid proporcionados, como también de su salud y seguridad en general. El monitoreo se llevará a cabo en los entornos de servicio y mediante un cronograma detallado en el plan.

¿Por qué es tan importante el monitoreo?

- Para garantizar que se presten los servicios según lo detallado en su plan.
- Para asegurarse de que tenga acceso a los servicios.
- Para identificar los problemas a medida que surjan con el fin de resolverlos.
- Para asegurarse de que los servicios que reciba satisfarán sus necesidades.
- Para garantizar que se implementen los planes del personal auxiliar según su plan.
- Para garantizar su salud y seguridad.
- Para asegurarse de que tenga una opción libre de los proveedores de la red.
- Para asegurarse de que se atiendan sus necesidades de servicios fuera del programa de exención.

¿Cómo se llevará a cabo el monitoreo?

- Contacto en persona con usted y los miembros del equipo de ISP.
- Contacto telefónico con usted y los miembros del equipo de ISP.
- Observación de los servicios.
- Análisis de la documentación y facturación.

¿Con qué frecuencia el coordinador de atención llevará a cabo el monitoreo?

- Si es nuevo en el programa de exención, recibirá visitas en persona todos los meses durante los primeros seis meses y, luego, según lo programado en su plan de servicios individual, pero como mínimo cada tres meses.
- Si vive en un programa residencial, recibirá visitas en persona todos los meses.
- Si su caso no se refleja en ninguna de las categorías anteriores, recibirá visitas en persona según lo programado en el plan, pero como mínimo cada tres meses.
- Si no recibe visitas en persona durante el mes, su coordinador de atención se comunicará con usted por teléfono.

Uso mínimo de servicios para permanecer en el Programa de exención de TBI en NC

El Programa de exención de TBI en NC exige que los individuos usen uno de los servicios de exención que se incluyen en su Plan de apoyo individual (que no sea el relevo) todos los meses para no perder la elegibilidad para la exención. Si no utiliza un servicio del programa de exención todos los meses, recibirá una notificación del coordinador de atención. Si no utiliza un servicio del programa de exención dentro de los 30 días posteriores a la notificación, es posible que quede suspendido de este programa de exención. Alliance debe consultar con la División de Beneficios para la Salud (DHB) antes de suspender a un participante del Programa de exención de TBI en NC debido a la no utilización de los servicios del programa. Todas las personas que queden suspendidas del Programa de exención de TBI en NC debido a la no utilización de los servicios del programa tienen derecho a apelar.

Siempre que reciba información con relación a sus derechos de apelación, es muy importante que la analice detalladamente y, en caso de tener preguntas, que consulte a su coordinador o administrador de atención de Gestión de la utilización.

Si queda eliminado del Programa de exención de TBI en NC debido a la no utilización del servicio, puede solicitar volver a inscribirse en el programa cuando finalice cualquier proceso de suspensión o apelación. Si se aprueba la solicitud y se realiza dentro del mismo año del programa de exención, se desarrollará un plan para que pueda regresar al programa. Si la solicitud para volver a inscribirse en el programa de exención se realiza en un nuevo año de dicho programa, se lo incluirá en el Registro de necesidades no satisfechas y deberá esperar en caso de no disponer de fondos de financiamiento en el momento de su solicitud.

NOTA: Para Alliance, el “año del programa de exención” de TBI comienza del 1 de mayo y finaliza el 30 de abril.

Servicios prestados fuera de North Carolina

Si decide viajar fuera del estado y necesita los servicios del personal del Programa de exención de TBI en NC, se utilizan las siguientes pautas para determinar si sus servicios pueden financiarse mediante el programa de exención durante su viaje:

- Servicios para los miembros que han recibido servicios del personal de atención directa mientras permanecían dentro del estado y que no pueden viajar sin su asistencia.
- Los miembros que vivan en hogares de familia alternativa pueden recibir servicios cuando viajen junto a su familia alternativa fuera del estado según estas pautas.
- Los miembros que residan en un entorno residencial tienen permitido salir de vacaciones fuera del estado con su proveedor residencial y seguir recibiendo servicios siempre que no aumente el costo de la atención del miembro.

- Para que el personal pueda acompañar a la persona que recibe el servicio y su familia fuera del estado, se debe recibir una aprobación previa por escrito de esta solicitud de parte del supervisor de los miembros del personal y de Alliance, la LME/MCO.
- Los servicios del programa de exención no se proporcionarán fuera de los Estados Unidos de América.
- Las agencias prestadoras deben asegurarse de que se cumpla con la demanda de personal de todos los miembros.
- La supervisión del empleado de servicio directo y el monitoreo de la atención deben continuar.
- El ISP no debe modificarse para incrementar los servicios mientras se encuentra fuera del estado.
- Solo pueden reembolsarse los servicios en la medida en que se hayan prestado en el estado y solo si son en beneficio del participante.
- **No** se prestan servicios de relevo durante un viaje fuera del estado ya que el cuidador estará presente en el viaje.
- Si participan profesionales autorizados, Medicaid no podrá eximir las leyes de certificación de otros estados. Un profesional autorizado en North Carolina puede o no estar autorizado para la práctica en otro estado.
- Los fondos de Medicaid no pueden utilizarse para pagar los costos de alojamiento, comida o traslado del miembro, la familia o el personal.
- Las agencias prestadoras y las Agencias con opción asumen toda la responsabilidad de su personal mientras estén fuera del estado.

Otra información de utilidad

Ausencias, traslados y suspensión

Si se ausenta de los servicios del Programa de exención de TBI en NC, es probable que su coordinador de atención deba tomar ciertas medidas. La medida necesaria depende de la naturaleza de la ausencia. Si está hospitalizado, si lo enviaron a un centro de enfermería especializada, si ingresó en un centro de rehabilitación o en un centro psiquiátrico del estado, o si estará ausente durante 30 días o más, el Departamento de Servicios Sociales orientará al coordinador de atención acerca de la continuidad de la elegibilidad de Medicaid. Debe mantener informado al coordinador de atención sobre todas las ausencias o cuando ingrese en un hospital o institución.

Transferencia de los servicios del Programa de exención de TBI

Actualmente, los participantes del Programa de exención de TBI en NC son residentes legales (a efectos de la elegibilidad de Medicaid) del área de captación de Alliance, que incluye los siguientes condados: Wake, Durham, Cumberland y Johnston. Si se muda a otro condado fuera de la región de Alliance y pasa a ser residente legal de otra área, ya no será elegible para el Programa de exención de TBI en NC de Alliance. Su coordinador de atención trabaja con usted para transferir sus servicios a la LME/MCO de la zona a la que se mudará y lo suspende del

Programa de exención de TBI en NC de Alliance. El coordinador de atención brinda toda la información solicitada necesaria a la LME/MCO con su consentimiento por escrito. En la actualidad, el Programa de exención de TBI en NC está disponible únicamente en el área geográfica de la LME/MCO Alliance.

Es importante que usted solicite la transferencia de Medicaid a su nuevo condado de residencia tan pronto como se mude. La fecha de la transferencia de Medicaid es la fecha en que los servicios pueden aprobarse en su nuevo condado de residencia. El proceso de transferencia de Medicaid demorará algunas semanas o incluso un mes, o más. Su coordinador de atención de Alliance lo ayudará a vincularse con servicios y recursos disponibles para brindarle apoyo en su transición.

Suspensiones del Programa de exención de TBI en NC

Una persona queda suspendida del Programa de exención de TBI en NC por cualquiera de las siguientes razones:

- El Departamento de Servicios Sociales suspende la elegibilidad de Medicaid.
- No se aprueba el Plan de apoyo individual centrado en el individuo (decisión que puede apelarse).
- Se requiere atención en un centro de enfermería especializada o un hospital especializado.
- Traslado fuera del estado.
- Muerte.
- No se utiliza al menos un servicio del programa de exención (que no sea tecnología de asistencia, transición a la comunidad, modificaciones en el hogar, modificaciones al vehículo y relevo) todos los meses.
- Retiro voluntario.
- Ya no cumple con el nivel de atención del SNF o del hospital especializado según se determina en la Gestión de la Utilización (situación que se puede apelar).

Cuando se requiere la suspensión del Programa de exención de TBI en NC:

- Se otorgarán los derechos de apelación a las personas o los tutores legales por escrito a través de la agencia que suspende sus servicios del Programa de exención de TBI en NC y/o de Medicaid.
- Para la mayoría de los casos de suspensión, la fecha de entrada en vigencia es el último día del mes.
- Todas las suspensiones se coordinarán con el Departamento de Servicios Sociales local.

Otros programas de exención estatales que pueden satisfacer sus necesidades

Su coordinador de atención puede ayudarlo en caso de tener preguntas sobre cualquier otro programa de exención estatal.

Solo podrá recibir financiamiento de un programa de exención a la vez.

A continuación, se presentan otros programas de exención de North Carolina

- **Programa Alternativo Comunitario para Adultos con Discapacidades (Community Alternatives Program for Disabled Adults, CAP-DA)**

Brinda una alternativa a la atención en centros de enfermería para las personas con discapacidades que sean mayores de 18 años y que vivan en una residencia privada (ncdhhs.gov/dma/services/capda.htm).

Otros servicios que pueden satisfacer sus necesidades

Si lo suspenden de recibir servicios o si no está inscrito en el Programa de exención de TBI en NC, puede preguntarle a su coordinador de atención acerca de otros servicios para los que puede ser elegible y que podrían satisfacer sus necesidades. Los servicios disponibles variarán de una persona a otra debido a que algunas ya no contarán con la cobertura de Medicaid cuando queden suspendidas del Programa de exención de TBI en NC. El DSS le informará si sigue contando con la cobertura de Medicaid.

Sugerencias para mejorar el Programa de exención de TBI en NC

Sus sugerencias para mejorar el Programa de exención de TBI en NC siempre son bienvenidas. Existen ciertos procedimientos operativos que Alliance puede modificar mientras que otros requieren la aprobación del Estado o del Centro para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Hable con su coordinador de atención o cualquier empleado de Alliance si tiene alguna sugerencia sobre cómo mejorar el programa de exención. Para obtener más información, visite el sitio web de Alliance en AllianceHealthPlan.org y seleccione el vínculo al sitio web de la División de Asistencia Médica de NC para el Programa de exención de TBI en NC y el programa de exención del plan 1915(b)(c), que proporcionan información detallada sobre los servicios, las calificaciones del proveedor, el financiamiento, la gestión de la utilización, el monitoreo y aseguramiento de la calidad.

Comité de Orientación del Paciente y la Familia (CFAC)

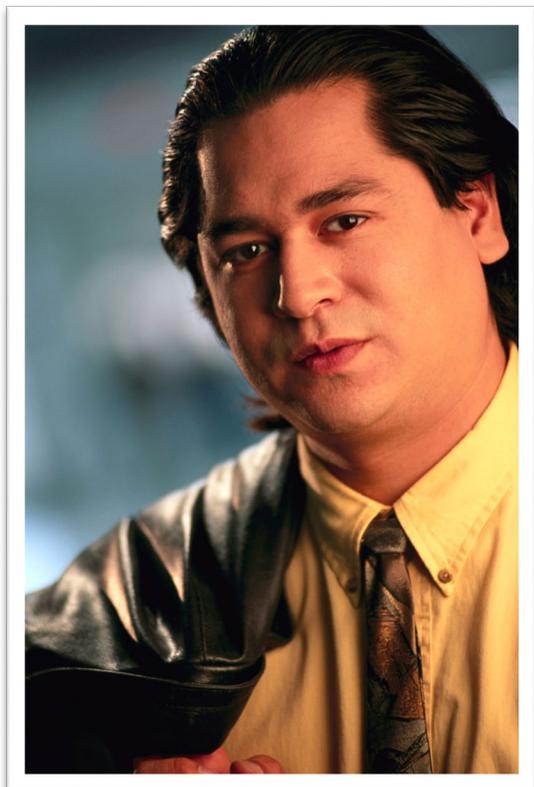
La afiliación al Comité de Orientación del Paciente y la Familia (Consumer and Family Advisory Committee, CFAC) consiste en consumidores y familiares que reciben servicios de salud mental, para discapacidades intelectuales/del desarrollo y para el uso de/la adicción a sustancias. El CFAC es un comité autónomo que actúa como asesor de la administración y la Junta Directiva de Alliance. Si le gustaría compartir más opiniones acerca del Programa de exención de TBI, considere unirse a su grupo local del CFAC.

Los estatutos del estado imponen al CFAC las siguientes responsabilidades:

- Revisar, comentar y monitorear la implementación del plan comercial local.
- Identificar carencias en el servicio y poblaciones desatendidas.
- Hacer recomendaciones sobre la variedad de servicios y monitorear el desarrollo de servicios adicionales.
- Revisar el presupuesto 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.



Sección 7: Lista de Acrónimos, Glosario de Palabras y Términos Útiles

Esta sección brinda una lista de acrónimos y una explicación de las palabras y los términos empleados a lo largo de esta Guía.

Acrónimos en la Guía

ABI	Daño en el cerebro adquirido (Acquired Brain Injury)
AFL	Hogar de familia alternativa (Alternative Family Living)
CAP	Programa Alternativo Comunitario (Community Alternative Program)
CMS	Centros para los Servicios de Medicaid y Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services)
DHHS	Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services)
DHB	División de Beneficios para la Salud (Division of Health Benefits)
DSS	Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services)
HCBS	Servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services)
ICF o ICF-IID	Centro de atención intermedia para pacientes con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities)
ID o I/DD	Discapacidad Intelectual o Discapacidad Intelectual/del Desarrollo (Intellectual Disability or Intellectual/Developmental Disability)
IDEA	Ley de Educación de Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act)
ISP	Plan de apoyo individual (Individual Support Plan)
LME/MCO	Entidad de Gestión Local/Organización de Atención Administrada (Local Management Entity/Managed Care Organization)
MD	Médico (doctor en medicina) (Medical Doctor)
MFP	Dinero sigue a la persona (Money Follows the Person)
MH/DD/SA	División de salud mental, discapacidad del desarrollo, abuso de sustancias (Mental Health, Developmental Disability, Substance Abuse)
PIHP	Plan prepago de salud para pacientes internos (Prepaid Inpatient Health Plan)
QP	Profesional calificado (Qualified Professional)
SNF	Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility)
SSA	Administración de Seguridad Social (Social Security Administration)
SSI	Seguridad de ingreso suplementario (Seguro Social) ([Social Security] Supplemental Security Income)
TBI	Daño traumático en el cerebro (Traumatic Brain Injury)
UM	Gestión de la utilización (Utilization Management)

Glosario de palabras y términos útiles

Alliance Health: Una Organización de atención administrada (MCO) de varios condados que administra, autoriza y supervisa la prestación de los servicios de exención para las personas con necesidades de salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias cuyos servicios de Medicaid pertenecen a los condados de Durham, Wake, Cumberland y Johnston.

Hogar de familia alternativa (AFL): Un entorno fuera del hogar donde el participante recibe atención las 24 horas del día y vive en un entorno hogareño privado con una familia (o una persona). Allí se prestan servicios para abordar las necesidades de atención y habilitación del participante. Todos los AFL que presten servicios a niños o a dos adultos o más deben presentar una certificación (según lo definido por los Estatutos Generales de North Carolina 122C-3 27G.5600F). El financiamiento del programa de exención no podrá utilizarse para afrontar los costos de alojamiento y comida.

Coordinador de atención: Un profesional calificado de Alliance que asiste a los miembros en el desarrollo del Plan de apoyo individual (ISP) centrado en el individuo, en la coordinación de los servicios y en el monitoreo para garantizar la calidad de los servicios que se prestan y la atención de las necesidades de salud y seguridad.

Administrador de atención: Los administradores de atención están a cargo de la gestión de la utilización (autorización de los servicios), monitorean el progreso en cuanto a los objetivos del Plan de apoyo individual, hacen recomendaciones y derivaciones a servicios adicionales o diferentes, o a cantidades de servicios adicionales o diferentes, y brindan apoyo según sus hallazgos.

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

Apoyo Comunitario: Organizaciones que brindan apoyo a las personas. El apoyo comunitario puede incluir organizaciones de defensa, organizaciones de servicios comunitarios, organizaciones basadas en la fe, organizaciones cívicas u organizaciones educativas.

Límite de costo: Para el Programa de exención de TBI en NC el límite es de \$135,000 por año del programa.

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

Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS): La agencia estatal que incluye tanto Medicaid de North Carolina como la División de servicios de salud mental/discapacidad del desarrollo/abuso de sustancias. El sitio web del DHHS de North Carolina es ncdhhs.gov/.

División de Beneficios para la Salud (DHB): Es la agencia estatal responsable de los servicios financiados por Medicaid y la administración de NC Innovations, del Programa de

exención de TBI en NC y del Plan de salud de MH/DD/SAS de North Carolina. El sitio web de Medicaid de North Carolina es [medicaidhttps://medicaid.ncdhhs.gov.ncdhhs.gov/](https://medicaid.ncdhhs.gov.ncdhhs.gov/).

División de Servicios de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Abuso de Sustancias (DMH/DD/SAS): La agencia estatal que trabaja con la DHB en la administración de NC Innovations, el Programa de exención de TBI en NC y el Plan de salud de MH/DD/SAS de North Carolina. El sitio web de la DMH/DD/SAS de North Carolina es ncdhhs.gov/assistance/disability-services/traumatic-brain-injury.

Libre elección: Un derecho reconocido para las personas que probablemente requieran un nivel de atención específico en un programa de exención con la libertad de elegir entre servicios institucionales y servicios basados en el hogar y la comunidad.

Programa de exención de HCBS: Es el programa de exención de Servicios basados en el hogar y la comunidad que permite a los estados participar en Medicaid para desarrollar alternativas para las personas que, de otro modo, requerirían atención en instituciones. El Programa de exención de TBI en NC es uno de los programas de exención de HCBS en North Carolina.

Detección de riesgos para la salud: Una evaluación para detectar riesgos a la salud relacionados con una variedad de discapacidades que pueden afectar el cuerpo humano y las habilidades que tiene la persona de participar en actividades funcionales (p. ej., discapacidades del desarrollo, discapacidades físicas, discapacidades asociadas con la edad).

Servicios en el hogar: En el Programa de exención de TBI en NC esto incluye el apoyo intensivo en el hogar, el relevo y la atención personal.

Institución: Para los propósitos del Programa de exención de TBI en NC, una institución se define como un centro residencial que está autorizado y financiado como centro de enfermería especializada. El financiamiento del Programa de exención de TBI en NC no puede utilizarse en una institución, entre las que se incluyen ICF-MR, hospitales, centros de enfermería especializada o centros estatales para el desarrollo.

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

Tutor legal o persona legalmente responsable: Una persona que ha sido designada por un tribunal para tomar las decisiones por una persona que se considera incapaz de tomar decisiones por cuenta propia (la mayoría de las veces se trata de un familiar o amigo, a menos que no haya nadie disponible, en cuyo caso se asignará un empleado público).

Límites en los Conjuntos de servicios: La cantidad máxima de un grupo designado de servicios que una persona puede recibir en un programa de exención.

Medicaid: El programa federal y estatal conjunto para ayudar a los estados a proporcionar asistencia médica (seguro de salud) a las personas financieramente elegibles. La ley federal relacionada con el programa de Medicaid se encuentra en el Título XIX de la Ley. Los servicios del Programa de exención de TBI en NC se prestan de acuerdo con el programa de Medicaid.

Todos los participantes del Programa de exención de TBI en NC cuentan con la cobertura de Medicaid.

Tratamiento necesario desde el punto de vista médico: Para que el Programa de exención de TBI en NC cubra (pague) el tratamiento (servicios), dichos servicios deben ser considerados como “necesarios desde el punto de vista médico”. Esto significa que el tratamiento y los servicios deben:

- Ser necesarios y adecuados para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento paliativo, curativo o reconstituyente de una afección de salud mental o por abuso de sustancias.
- Ser consecuentes con las políticas de Medicaid y los estándares nacionales o basados en evidencia, los estándares definidos por el DHHS de North Carolina o ser verificados por médicos clínicos particulares expertos en el momento en que se realizan los procedimientos, se proporcionan los productos o se prestan los servicios.
- Ser prestados en el entorno más redituable y menos restrictivo que se ajusta a los estándares de atención clínicos.
- **No ser prestados exclusivamente para conveniencia de la persona, los familiares, el cuidador o el proveedor.**
- No tener fines experimentales, de investigación, no demostrados o estéticos.
- Ser proporcionados o supervisados por profesionales autorizados (según sea relevante) por las leyes estatales en la especialidad en la cual prestan el servicio y conforme al Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales, el Plan estatal de Medicaid, el Código Administrativo de North Carolina, las políticas de cobertura médica de Medicaid y otras instrucciones estatales y federales correspondientes.
- Ser suficientes en cantidad, alcance y duración para lograr su fin de manera razonable.
- Estar relacionados 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.

Dentro del alcance de las pautas anteriores, el tratamiento necesario desde el punto de vista médico debe estar diseñado para lograr lo siguiente:

- Proporcionarse según el Plan de servicios individual centrado en el individuo que se basa en una evaluación integral y está desarrollado conjuntamente con la persona que recibe los servicios y el equipo comunitario.
- Cumplir con las directivas avanzadas de salud mental o médicas que se han elaborado.
- Satisfacer las necesidades únicas de las minorías lingüísticas y culturales y prestarse de manera relevante a nivel cultural.
- Prevenir la necesidad de tratamiento o institucionalización involuntarios.

Medicare: Medicare es un seguro de salud para las personas mayores de 65 años que presentan ciertas discapacidades o personas menores de 65 que presentan enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD); es decir, con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante renal. Si bien los servicios del Programa de exención de TBI en NC no se proporcionan bajo el programa de Medicare, algunas personas inscritas en dicho programa pueden recibir la cobertura de Medicare además de la cobertura de Medicaid.

Entorno más integrado: Entorno menos restrictivo de atención suficiente para apoyar a la persona de manera eficaz. Un entorno integrado es aquel en el que una persona con una discapacidad participa en las mismas actividades y entornos que las personas sin discapacidad.

Nivel de atención del Programa de exención de TBI en NC: El documento que se utiliza para registrar la cantidad mínima de asistencia que requiere una persona para recibir los servicios en un entorno institucional bajo el Plan estatal de Medicaid. Para el Programa de exención de TBI en NC, el entorno institucional del nivel de atención que corresponde al nivel de atención que debe cumplirse para dicho programa es el nivel de atención de un centro de enfermería especializada o un hospital especializado.

Programa de exención de TBI en NC: El Programa de exención de TBI en NC es una forma de financiar servicios y apoyo para personas con daño traumático en el cerebro en riesgo de recibir atención institucional en un centro de enfermería especializada o en un hospital especializado, pero que prefirieron permanecer en su propio hogar y comunidad. TBI en NC está autorizado por el programa de exención de Medicaid para Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) otorgado por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) según la Sección 1915 (c) de la Ley de Seguridad Social. Programas de exención de Medicaid con fondos locales, estatales y federales en dólares. El Plan de salud de Medicaid de NC funciona como un Plan prepago de salud para pacientes internos (PIHP) mediante el cual se autorizan todos los servicios de salud mental, abuso de sustancias y discapacidades del desarrollo para los participantes de Medicaid en los condados de Durham, Wake, Cumberland y Johnston.

Los CMS aprueban los servicios conforme a lo provisto por el Programa de exención de TBI en NC, la cantidad de personas que pueden participar cada año y otros aspectos del programa. El programa de exención puede modificarse mediante la aprobación de CMS. Los CMS pueden ejercer su autoridad para cancelar el programa de exención cuando consideren que dicho programa no está siendo administrado por la MCO como corresponde.

La División de Beneficios para la Salud (DHB), la agencia estatal de Medicaid, administra el Programa de exención de TBI en NC. La DHB contrata a Alliance Health para organizar y administrar la prestación de servicios, y para realizar otras funciones operativas de exención en virtud de los programas de exención paralelos 1915 (b)/(c). La DHB supervisa directamente el Programa de exención de TBI en NC, aprueba todas las políticas y los procedimientos que rigen las operaciones de exención y se encarga de garantizar el cumplimiento de todas las garantías de dicho programa.

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

Centro neuro-conductual: Un programa en centros para pacientes internos destinado a adultos que sufrieron daño en el cerebro adquirido (Acquired Brain Injury, ABI) y que han tenido problemas en la sociedad debido a problemas para gestionar su conducta de forma eficaz.

Participante/individuo/miembro: La persona que recibió la aprobación para recibir servicios bajo el Programa de exención de TBI en NC.

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

Plan prepago de salud para pacientes internos (PIHP): Alliance Health, al igual que todas las Organizaciones de Atención Administrada (MCO) de NC, funciona como un Plan prepago de salud para pacientes internos mediante el cual se gestionan y autorizan todos los servicios de salud mental, abuso de sustancias y discapacidades del desarrollo para los participantes de Medicaid en los condados de Durham, Wake, Cumberland y Johnston.

Hogar privado: El hogar que es propiedad de una persona, o que arrienda por cuenta propia, o el hogar donde reside un participante del programa de exención con su cónyuge, otros familiares o amigos. Un arreglo de hogar (casa o departamento) que un proveedor de servicio arrenda o es propiedad de este no es una residencia privada.

Red de proveedores: Las agencias o profesionales contratados por Alliance Health para prestar servicios autorizados a los individuos elegibles.

Registro de necesidades no satisfechas: Un registro que incluye una lista de personas que aguardan el financiamiento del Programa de exención de TBI en NC para cubrir necesidades identificadas.

Servicio de rehabilitación: Un servicio que asiste a una persona a volver a aprender o a mejorar habilidades, entre las que se incluyen la autoayuda, la socialización y otras habilidades destinadas a maximizar el funcionamiento independiente de la persona.

Límite del servicio: La cantidad máxima de un servicio específico que puede recibirse bajo el Programa de exención de TBI en NC.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un servicio que se proporciona bajo la supervisión directa de personal de enfermería certificado y bajo la dirección general de un médico con el propósito de lograr los resultados deseados desde el punto de vista médico y de garantizar una atención de calidad para el paciente.

Gestión de documentos (Records Management, RM) y Manual de documentación (Documentation Manual, DM): El documento de DMH/DD/SAS que brinda los requisitos para el mantenimiento de la información del cliente, la documentación del suministro del servicio y los requisitos de confidencialidad.

Vacantes: La asignación/distribución anual de la cantidad de individuos que recibirán servicios por medio del programa de exención. Los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) permiten a North Carolina prestar servicios a una cantidad determinada de personas con TBI en NC durante un año calendario del programa de exención. Esta cantidad es el número de “vacantes” disponibles para el año en cuestión.

Plan estatal: El término que hace referencia al Plan estatal de Medicaid para los servicios de Medicaid del estado de North Carolina aprobado por los CMS.

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

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

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

Año del programa de exención: El período de 12 meses que los CMS utilizan para autorizar, monitorear y controlar los gastos y programas de exención. El año de la exención comienza en la fecha de entrada en vigencia de la aprobación del programa de exención e incluye los 12 meses posteriores a dicha fecha. Para el Programa de exención de TBI en NC, este período es desde el 1 de mayo hasta el 30 de abril.

Apéndice A

Responsabilidades del participante para el Programa de exención de TBI en NC

(Ingresar el nombre del PIHP)

DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL,
DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO Y ABUSO
DE SUSTANCIAS DE NORTH CAROLINA

Cliente:

Número de registro:

RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE

Entiendo que la inscripción en el Programa de exención de TBI en North Carolina (NC) es voluntaria.

También entiendo que si me inscribo, recibiré servicios del programa de exención en lugar de servicios en un centro de enfermería especializada o en un hospital especializado para individuos con daño traumático en el cerebro. Mi elegibilidad para Medicaid debe seguir proviniendo de un condado del área del Programa de exención de TBI en North Carolina para seguir siendo elegible para dicho programa, y debo seguir cumpliendo con todos los demás requisitos de elegibilidad del programa de exención.

- Entiendo que al aceptar el financiamiento del Programa de exención de TBI en NC necesito los servicios de dicho programa para prevenir una necesidad inmediata de servicios en un centro de enfermería especializada o un hospital especializado.
- Entiendo que para mantener mi elegibilidad para este programa de exención requiero de la provisión de, **al menos, un servicio al mes del programa de exención** y que si no utilizo un servicio del programa de exención al mes, pondría en peligro mi continuidad como persona elegible para el Programa de exención de TBI en NC. Los servicios aprobados en mi Plan de apoyo individual se consideran necesarios para mejorar/apoyar mi discapacidad.
- Entiendo que como un participante del Programa de exención de TBI en NC puedo vivir en un hogar privado o en centros residenciales autorizados que alberguen 6 camas o menos **y**, en caso de residir en un centro, este también debe cumplir con las características de servicios basados en el hogar y la comunidad que se definen en este programa de exención. Si actualmente soy un participante del Programa de exención de TBI en NC o me encuentro en proceso de transición hacia dicho programa desde otros servicios, mi coordinador de atención me ha explicado cómo se aplican estos requisitos a mi arreglo de hogar actual.

- Entiendo que si durante mi participación en el programa de exención decido trasladarme a un centro que cuente con más de 6 camas o que no cumpla con las características del hogar y la comunidad definidas en dicho programa, ya no seré elegible para el programa de exención.
- Entiendo que el total de mis servicios del programa de exención no puede exceder los \$135,000 cuando ingrese al programa.
- Entiendo que en cualquier momento durante el año de mi plan, el total de mis servicios del programa de exención no puede exceder los \$135,000, de lo contrario ya no seré elegible para dicho programa.
- Entiendo que si elijo el Programa de exención de TBI en NC, se desarrollará un Plan de apoyo individual (ISP) para mí que reflejará los servicios para satisfacer mis necesidades. Mi coordinador de atención me explicará el proceso de planificación y determinación de mi Presupuesto individual.
- Mi ISP se volverá a desarrollar anualmente antes del mes de mi cumpleaños. Entiendo que el Programa de exención de TBI en NC prestará los servicios en función de mi ISP.
- Entiendo que se me podría exigir el pago de un deducible mensual de Medicaid si esto es parte de mi elegibilidad financiera para los servicios de exención. Mi coordinador de atención podrá ayudarme a obtener información sobre los deducibles de Medicaid en el Departamento de Servicios Sociales local.
- Entiendo que deberé cooperar en el proceso de evaluación que incluirá, entre otros, una herramienta de evaluación del Programa de exención de TBI en NC, una evaluación de los riesgos/las necesidades de apoyo de TBI en NC y una evaluación de elegibilidad del nivel de atención.
- Entiendo que el coordinador de atención monitoreará y evaluará mi ISP y que podré comunicarme con él en cualquier momento si tengo preguntas sobre mi ISP, mi presupuesto individual o los servicios que recibo.
- Entiendo que tengo el derecho de elegir a un proveedor dentro de la misma red de proveedores de Alliance.
- Entiendo que debo reunirme con mi coordinador de atención para realizar actividades de coordinación de la atención en el hogar o en el lugar donde viva mi familia y/o en los entornos donde se proporcionen los servicios para que el coordinador de atención pueda acceder a todos los entornos donde se proporcionen los servicios. El coordinador de atención programará las reuniones con la frecuencia necesaria para garantizar la correcta implementación del servicio y la satisfacción de las necesidades del participante. También puedo solicitar reuniones.
- Entiendo que debo notificar al coordinador de atención sobre cualquier inquietud acerca de los servicios prestados.
- Entiendo que debo notificar al coordinador de atención sobre cualquier cambio en la dirección, el número de teléfono, el estado del seguro y/o la situación financiera antes de realizar un cambio o inmediatamente después de que suceda.

- Entiendo que debo notificar al coordinador de atención sobre cualquier cambio en la conducta o en el medicamento, como también cualquier cambio en mi estado de salud.
- Entiendo que debo asistir a las consultas programadas por el Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) para determinar la renovación de Medicaid a fin de garantizar la continuidad de mi elegibilidad para Medicaid.
- Entiendo que recibiré una copia de información educativa sobre el Programa de exención de TBI en NC que me ayudará a entender los servicios disponibles a través de dicho programa y las pautas que deben seguirse para garantizar la elegibilidad continua.
- Entiendo que Alliance Health es responsable de garantizar la disponibilidad de una red adecuada de agencias prestadoras para promover opciones.
- Entiendo que Alliance Health facilitará la disponibilidad de un coordinador de atención para brindar apoyo en la coordinación de la atención lo cual incluirá:
 1. Realizar una evaluación para determinar las necesidades del servicio a incluir en la Evaluación de necesidades de apoyo y del riesgo del Programa de exención de TBI en NC, entre otros.
 2. Trabajar con el Equipo de planificación de apoyo individual para coordinar y documentar el Plan de apoyo individual (ISP).
 3. Solicitar todos los servicios en el Programa de exención de TBI según se indica en el ISP.
 4. Informar a los participantes sobre el monto de su presupuesto individual y el proceso utilizado para establecer este presupuesto e implementar cualquier cambio necesario.
 5. Monitorear todos los servicios autorizados para garantizar que se presten tal como se describieron en el ISP y que satisfagan las necesidades del participante.
 6. Asistir al participante con la coordinación de los beneficios a través de Medicaid y otros recursos para incluir, si es necesario, el vínculo con el Departamento de Servicios Sociales local con respecto a la coordinación de los deducibles de Medicaid.
 7. Responder a todas las reclamaciones o inquietudes y llegar a una resolución dentro de los 30 días de presentada la reclamación acerca de los servicios del Programa de exención de TBI en NC.
 8. Promover la facultad del participante para liderar su planificación de apoyo individual, la toma de decisiones sobre el uso de sus fondos/presupuesto de la exención y la supervisión de los servicios del programa de exención en la medida en que lo decida.
 9. Obtener un pedido de parte del médico del participante de todos los suministros médicos o equipos especializados necesarios y/o de cualquier necesidad de servicio que requiera dicho pedido.

10. Apoyar al participante para obtener toda la información necesaria para realizar una elección informada del proveedor dentro de la red de Alliance Health, incluso la notificación del Departamento de Gestión de Redes de Alliance si se necesitan proveedores fuera de la red actual de Alliance.

Nombre del participante

Fecha

Firma del participante
(o representante autorizado)

Fecha

Apéndice B

Límites del conjunto de servicios del Programa de exención de TBI en NC

Participante Nivel de atención	Vive en un entorno residencial	Vive en un hogar privado
Centro de enfermería	<p>No más de 30 horas por semana de cualquier combinación de los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Red comunitaria • Atención a la salud para adultos durante el día • Apoyo de día • Servicios de apoyo en el empleo <p>Puede recibir hasta una (1) sesión una vez al día de apoyo residencial.</p>	<p>No más de 49 horas por semana de cualquier combinación de los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Red comunitaria • Atención a la salud para adultos durante el día • Apoyo de día • Servicios de apoyo en el empleo • Cuidado personal • Formación de habilidades para la vida
Hospital especializado/neuro-conductual	<p>No más de 40 horas por semana de cualquier combinación de los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Red comunitaria • Atención a la salud para adultos durante el día • Apoyo de día • Servicios de apoyo en el empleo <p>Puede recibir hasta una (1) sesión una vez al día de apoyo residencial.</p>	<p>No más de 84 horas por semana de cualquier combinación de los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Red comunitaria • Atención a la salud para adultos durante el día • Apoyo de día • Servicios de apoyo en el empleo • Cuidado personal • Formación de habilidades para la vida

Servicios no sujetos a límites en conjuntos de servicios

Servicios adicionales	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos y suministros de tecnología de asistencia • Rehabilitación cognitiva • Servicios de transición a la comunidad • Servicios de crisis • Educación con apoyo natural • Facilitación de recursos • Servicios de consulta especializados 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos y suministros de tecnología de asistencia • Rehabilitación cognitiva • Servicios de crisis • Modificaciones en el hogar • Educación con apoyo natural • Facilitación de recursos • Servicios de consulta especializados • Modificaciones al vehículo
------------------------------	---	---

Registro de revisión y revisiones

FECHA	PÁGINA/SECCIÓN	DESCRIPCIÓN
Octubre de 2016; mayo de 2017	Todo el documento	Revisión del CFAC, de la División de Asistencia Médica (Division of Medical Assistance, DMA) e interdepartamental
Julio de 2018; agosto/septiembre de 2018	Todo el documento	Revisión del CFAC, de la DMA e interdepartamental.