



Manual para miembros del plan personalizado de salud conductual y discapacidades intelectuales/del desarrollo de NC Medicaid Managed Care

Fecha efectiva del 1 de Febrero del 2024



NC DEPARTMENT OF
HEALTH AND HUMAN SERVICES
Office of Communications

Rev. 09 de Enero del 2024
BKT056558SP00

Ayudas auxiliares y servicios de interpretación

You can request free auxiliary aids and services, including this material and other information in large print. Call **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. If English is not your first language, we can help. Call **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. We can give you, free of charge, the information in this material in your language orally or in writing, access to interpreter services, and can help answer your questions in your language.

Español (Spanish): Puede solicitar ayudas y servicios auxiliares gratuitos, incluido este material y otra información en letra grande. Llame al **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. Si el inglés no es su lengua nativa, podemos ayudarle. Llame al **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. Podemos ofrecerle, de forma gratuita, la información de este material en su idioma de forma oral o escrita, acceso a servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder a sus preguntas en su idioma.

中国人 (Chinese): 您可以申请免费的辅助工具和服务, 包括本资料和其他计划信息的大字版。请致电 **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**。如果英语不是您的首选语言, 我们能提供帮助。请致电 **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**。我们可以通过口头或书面形式, 用您使用的语言免费为您提供本资料中的信息, 为您提供翻译服务, 并且用您使用的语言帮助回答您的问题。

Tiếng Việt (Vietnamese): Bạn có thể yêu cầu các dịch vụ và hỗ trợ phụ trợ miễn phí, bao gồm tài liệu này và các thông tin khác dưới dạng bản in lớn. Gọi **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. Nếu Tiếng Anh không phải là ngôn ngữ mẹ đẻ của quý vị, chúng tôi có thể giúp quý vị. Gọi đến **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. Chúng tôi có thể cung cấp miễn phí cho quý vị thông tin trong tài liệu này bằng ngôn ngữ của quý vị dưới dạng lời nói hoặc văn bản, quyền tiếp cận các dịch vụ phiên dịch, và có thể giúp trả lời các câu hỏi của quý vị bằng chính ngôn ngữ của quý vị.

한국인 (Korean): 귀하는 무료 보조 자료 및 서비스를 요청할 수 있으며, 여기에는 큰 활자체의 자료 및

기타정보가있습니다. **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962** 번으로 전화주시기 바랍니다. 영어가 모국어가 아닌 경우 저희가 도와드리겠습니다. **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**번으로 전화주시기 바랍니다. 저희는 귀하께 구두로 또는 서면으로 귀하의 언어로 된 자료의 정보를, 그리고 통역 서비스의 사용을 무료 제공해 드리며 귀하의 언어로 질문에 대한 답변을 제공해 드리겠습니다.

Français (French): Vous pouvez demander des aides et des services auxiliaires gratuits, y compris ce document et d'autres informations en gros caractères. Composez le **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. Si votre langue maternelle n'est pas l'anglais, nous pouvons vous aider. Composez le **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. Nous pouvons vous fournir gratuitement les informations contenues dans ce document dans votre langue, oralement ou par écrit, vous donner accès aux services d'un interprète et répondre à vos questions dans votre langue.

Hmoob (Hmong): Koj tuaj yeem thov tau cov khoom pab cuam thiab cov kev pab cuam, suav nrog rau tej ntaub ntauv no thiab lwm lub phiaj xwm tej ntaub ntauv kom muab luam ua tus ntauv loj. Hu rau **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. Yog tias Lus Askiv tsis yog koj thawj hom lus hais, peb tuaj yeem pab tau. Hu rau **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. Peb tuaj yeem muab tau rau koj yam tsis sau nqi txog ntawm tej ntaub ntauv muab txhais ua koj hom lus hais ntawm ncauj los sis sau ua ntauv, mus siv tau cov kev pab cuam txhais lus, thiab tuaj yeem pab teb koj cov lus nug hais ua koj hom lus.

عربي (Arabic):

يُمكنكم طلب معلومات إضافية وخدمات مجانية، بما في ذلك هذا المستند ومعلومات أخرى بخط كبير. اتصلوا بـ **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. إذا لم تكن اللغة الأم، يمكننا مساعدتكم. اتصلوا بـ **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. يمكننا توفير المعلومات الواردة في هذا المستند بلغة لغتكم، سواءً شفوياً أو كتابياً، ونقدم لكم خدمات الترجمة ونجيب على أسئلتكم بلغة لغتكم.

800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962.

ك ت غ ل ت س ي ل ة ي ز ي ل ج ن ا ل ا غ ل ل ا ت ن ا ك ا ذ ا
ل ع ل ص ت ا . ة د ع ا س م ل ا ن ن ك م ي ف ، ل و ا ل
م ق ر ل ا . **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or
800-735-2962** ا م ا و ل ع م ل ا ك ل م د ق ن ن ا ن ن ك م ي .
و ا ا ي ه ف ش ك ت غ ل ب د ن ت س م ل ا ا ذ ه ي ف ة د ر ا و ل
ا م ا د خ ل ا ا ي ا ت ك

Русский (Russian): Вы можете запросить бесплатные вспомогательные средства и услуги, включая этот справочный материал и другую информацию напечатанную крупным шрифтом. Позвоните по номеру **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. Если английский не является Вашим родным языком, мы можем Вам помочь. Позвоните по номеру **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. Мы бесплатно предоставим Вам более подробную информацию этого справочного материала в устной или письменной форме, а также доступ к языковой поддержке и ответим на все вопросы на Вашем ро дном языке.

Tagalog (Tagalog): Maaari kang humiling ng libreng mga auxiliary aid at serbisyo, kabilang ang materyal na ito at iba pang impormasyon sa malaking print. Tumawag sa **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. Kung hindi English ang iyong unang wika, makakatulong kami. Tumawag sa **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. Maaari ka naming bigyan, nang libre, ng impormasyon sa materyal na ito sa iyong wika nang pasalita o nang pasulat, access sa mga serbisyo ng interpreter, at matutulungang sagutin ang mga tanong sa iyong wika.

ગુજરાતી (Gujarati): તમે મોટી પ્રિન્ટમાં આ સામગ્રી અને અન્ય માહિતી સહિત મફત સહાયક સહાય અને સેવાઓની વનિતી કરી શકો છો. **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. પર કોલ કરો જો અંગ્રેજી તમારી પ્રથમ ભાષા ન હોય, તો અમે મદદ કરી શકીએ છીએ. **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. પર કોલ કરો તમારી ભાષામાં મૌખિક રીતે અથવા લેખિતમાં તમને આ સામગ્રીની માહિતી અમે વનિા મૂલ્યે આપી શકીએ છીએ, દુભાષિયા સેવાઓની સુલભતા આપી શકીએ છીએ અને તમારી ભાષામાં તમારા પ્રશ્નોના જવાબ આપવામાં અમે સહાયતા કરી શકીએ છીએ.

ខ្មែរ (Khmer): អ្នកអាចសុំសម្ភារៈនិងសេវាជំនួយ ដោយឥតគិតថ្លៃ រួមទាំងព័ត៌មានអំពីសម្ភារៈនេះ និង ព័ត៌មានអំពី ធុរសង្វេត្យតន្ត្រីជាអកុសលពុម្ពផ្សព្វផ្សាយ។ ហៅ ទូរសព្ទទទេលខេ **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962** ។ ប្រសិនបើសាអង់គ្លេសសេមិនមែន ជាភាសាទីមួយរបស់អ្នក យើងអាចជួយអ្នកបាន។ ហៅ ទូរសព្ទទទេលខេ **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962** យើងអាចផ្តល់ជូនអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ រួមទាំងព័ត៌មាននៃកូដឯកសារនេះជាភាសារបស់អ្នក ដោយ ផ្ទាល់មាត់ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ទទួលបានសេវា អ្នកបកប្រែ និងអាចជួយចូលរួមសំណួររបស់អ្នកជាភាសា របស់អ្នក ។

Deutsch (German): Sie können kostenlose Hilfsmittel und Services anfordern, darunter diese Unterlagen und andere Informationen in Großdruck. Rufen Sie uns an unter **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. Sollte Englisch nicht Ihre Muttersprache sein, können wir Ihnen behilflich sein. Rufen Sie uns an unter **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. Wir können Ihnen die in diesen Unterlagen enthaltenen Informationen kostenlos mündlich oder schriftlich in Ihrer Sprache zur Verfügung stellen, Ihnen einen Dolmetscherdienst vermitteln und Ihre Fragen in Ihrer Sprache beantworten.

हिंदी (Hindi): आप इस सामग्री और अन्य की जानकारी बड़े प्रिंट में दृष्टि जाने सहति मुफ्त अतिरिक्त सहायता और सेवाओं का अनुरोध कर सकते हैं। **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962** पर कॉल करें। अगर अंग्रेजी आपकी पहली भाषा नहीं है, तो हम मदद कर सकते हैं। **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962** पर कॉल करें। हम आपको मुफ्त में इस सामग्री की जानकारी आपकी भाषा में जबानी या लिखित रूप में दे सकते हैं, दुभाषिया सेवाओं तक पहुंच दे सकते हैं और आपकी भाषा में आपके सवालों के जवाब देने में मदद कर सकते हैं

ພາສາລາວ (Lao): ທ່ານສາມາດຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອເສີມ ແລະ ການ ບໍລິການຕ່າງໆໄດ້ແບບຟຣີ, ລວມທັງເອກະສານນີ້ ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນ ໆເປັນຕົວພິມໃຫຍ່. ໂທຫາເບີ **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. ຖ້າພາສາແມ່ຂອງທ່ານ ບໍ່ແມ່ນພາສາ ອັງກິດ, ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໄດ້. ໂທຫາເບີ **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**. ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ ຂໍ້ມູນໃນເອກະສານນີ້ ເປັນພາສາຂອງທ່ານທາງປາກເປົ້າ ຫຼື ເປັນ ລາຍລັກອັກສອນ, ການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການນາຍແປພາສາ ໃຫ້ ແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຫຍັງ ແລະ ສາມາດຊ່ວຍຕອບຄໍາຖາມຂອງ ທ່ານເປັນພາສາຂອງທ່ານ.

日本 (Japanese): この資料やその他の計画情報を大きな文字で表示するなど、無料の補助支援やサービスを要請することができます。 **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**に電話してください。英語が母国語でない方はご相談ください。 **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962** に電話してください。この資料に記載されている情報を、お客様の言語で口頭または書面にて無料でお伝えするとともに、通訳サービスへのアクセスを提供し、お客様のご質問にもお客様の言語でお答えします。



Notice of Nondiscrimination

Alliance Health complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate based on race, color, national origin, age, disability, creed, religious affiliation, ancestry, sex, gender identity or expression, or sexual orientation. Alliance Health does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, creed, religious affiliation, ancestry, sex, gender, gender identity or expression, or sexual orientation.

Alliance Health provides free auxiliary aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified American Sign Language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Alliance Health provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, call **800-510-9132** or **TTY/TDD: 711** or **800-735-2962**.

If you believe that Alliance Health has failed to provide these services or discriminated in another way based on race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with:

Office of Compliance and Risk Management

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

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights:

- Online: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
- By mail:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
- By phone: **800-368-1019 (TDD: 800-537-7697)**

Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Aviso de no discriminación

Alliance Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género u orientación sexual. Alliance Health no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual.

Alliance Health proporciona ayuda y servicios auxiliares gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, por ejemplo:

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

Alliance Health ofrece servicios lingüísticos gratuitos a las personas para las cual el idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al **800-510-9132 or TTY/TDD: 711 or 800-735-2962**.

Si cree que Alliance Health no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Office of Compliance and Risk Management

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

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

- En línea: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
- Por correo:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
- Por teléfono: **800-368-1019**
(TDD: **800-537-7697**)

Los formularios de quejas están disponibles en: hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Su Guía de referencia rápida de Alliance Health

Quiero:	Puedo comunicarme con:
Buscar un médico, especialista o servicio de atención de la salud	Mi médico de cabecera (primary care provider, PCP). (Si necesita ayuda para elegir su PCP, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132).
Obtener más información sobre cómo elegir o inscribirse en una opción de atención de la salud	Llame al agente de inscripción al número gratuito: 833-870-5500. Horario de atención: de lunes a sábado, de 7:00 a. m. a 5:00 p. m.
Obtener este manual en otro formato o idioma	Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 o retransmisor: 711 o al 800-735-2962.
Llevar un registro de mis citas y servicios de salud	Mi PCP o Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.
Obtener ayuda para ir y volver de mis citas médicas	Modivcare al 855-759-9600. También puede encontrar más información sobre los Servicios de transporte en este manual en la página 19.
Obtener ayuda para lidiar con pensamientos de lastimarme a mí o a otros, angustia, estrés o ansiedad graves, o cualquier otra crisis de salud conductual	Línea de crisis de salud conductual al 877-223-4617, en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si está en peligro o necesita atención médica inmediata, llame al 911.
Obtener respuestas a preguntas o inquietudes básicas sobre mi salud, síntomas o medicamentos	Línea del personal de enfermería al 855-759-9400 en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o hable con su PCP.
<ul style="list-style-type: none"> Comprender una carta o aviso que recibí por correo de mi plan de salud Presentar una reclamo sobre mi plan de salud Obtener ayuda con un cambio reciente o la denegación de mis servicios de atención de la salud 	<p>Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 o NC Medicaid Ombudsman al 1-877-201-3750</p> <p>También puede encontrar más información sobre NC Medicaid Ombudsman en este manual en la página 57.</p>
Actualizar mi dirección	Llame a su oficina local del Departamento de Servicios Sociales (DSS) para informar un cambio de dirección. Puede encontrar una lista de ubicaciones de DSS en ncdhhs.gov/divisions/social-services/local-dss-directory .

Encontrar el directorio de proveedores de atención de la salud de mi plan de salud u otra información general sobre mi plan de salud

Visite nuestro sitio web en AllianceTailoredPlan.org o llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.

Palabras clave utilizadas en este manual

A medida que lea este manual, es posible que vea algunas palabras nuevas. Esto es lo que queremos decir cuando las usamos.

Centro de asistencia para adultos

Entorno de atención residencial autorizado con 7 o más camas para personas mayores o con discapacidades que necesitan apoyo adicional. Estos hogares ofrecen supervisión y atención personal adecuados para la edad y discapacidad de la persona.

Atención preventiva para adultos

Atención que consiste en chequeos de bienestar, asesoramiento al paciente y evaluaciones regulares para prevenir enfermedades de adultos, otras enfermedades y otros problemas relacionados con la salud.

Directiva anticipada

Conjunto escrito de instrucciones sobre cómo se deben tomar las decisiones de tratamiento médico o de salud mental si pierde la capacidad de tomarlas por usted mismo.

Advanced Medical Home Plus (AMH+)

Prácticas de atención primaria certificadas cuyos proveedores tienen experiencia en la prestación de servicios de atención primaria a miembros del Plan personalizado, incluidas personas con problemas de salud conductual, discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD) o lesiones cerebrales traumáticas (traumatic brain injuries, TBI). Estos proveedores también están certificados para proporcionarle gestión de la atención si se le asigna a su consultorio.

Determinación adversa de beneficios

Decisión que su plan de salud puede tomar para denegar, reducir, detener o limitar sus servicios de atención de la salud.

Apelación

Si el plan de salud toma una decisión con la que usted no está de acuerdo, puede pedir que la revisen. Esto se denomina “apelación”. Solicite una apelación cuando no esté de acuerdo con que su servicio de atención de la salud sea denegado, reducido, interrumpido o limitado. Cuando solicite una apelación a su plan de salud, recibirá una nueva decisión en un plazo de 30 días. Esta decisión se denomina “resolución”. Las apelaciones y las quejas son diferentes.

Plan personalizado de salud conductual y discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD)	Plan de salud de medicina gestionada de Carolina del Norte que ofrece servicios de salud física, farmacia y salud conductual, incluidos los servicios que no ofrecen los planes estándares, para miembros que pueden tener necesidades de salud mental significativas, discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD), lesiones cerebrales traumáticas (TBI) o trastornos graves por consumo de sustancias. Para este manual, el Plan personalizado de salud conductual y discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD) se denominará “Plan personalizado”.
Atención de la salud conductual	Servicios de recuperación y tratamiento de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.
Beneficiario	Persona que recibe Medicaid o NC Health Choice.
Beneficios	Conjunto de servicios de atención de la salud cubiertos por su plan de salud.
Coordinación de la atención	Servicio en el que un coordinador de atención o administrador de atención ayuda a organizar sus objetivos de salud e información para ayudarlo a lograr una atención más segura y eficaz. Estos servicios pueden incluir, entre otros, la identificación de necesidades de servicios de salud, la determinación del nivel de atención, el abordaje de servicios y recursos de apoyo adicionales o el monitoreo de la asistencia al tratamiento.
Administración de la atención	Servicio en el que un administrador de atención puede ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud coordinando sus servicios médicos, sociales y de salud conductual y asistirlo a encontrar acceso a recursos como transporte, alimentos saludables y vivienda segura.
Agencia de gestión de la atención (Care Management Agency, CMA)	Organización de proveedores con experiencia en la prestación de servicios de salud conductual, I/DD o TBI a los miembros del Plan personalizado y que prestará servicios integrados de gestión de atención integral a los miembros del Plan personalizado. Estos proveedores están certificados para proporcionarle gestión de la atención.
Administrador de la atención	Profesional de la salud que puede ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud coordinando sus servicios médicos, sociales y de salud conductual y asistirlo a encontrar acceso a recursos como transporte, alimentos saludables y vivienda segura.
Servicios de evaluación para niños	Examen médico para monitorear cómo se está desarrollando un niño. Los servicios de evaluación pueden ayudar a identificar inquietudes y problemas de manera temprana. Las evaluaciones examinan el comportamiento social/emocional, la visión y la audición, las habilidades motoras y la coordinación, las capacidades cognitivas, el lenguaje y el habla.
Copago	Monto que usted paga cuando recibe ciertos servicios de atención de la salud o una receta.

Departamento de Servicios Sociales (DSS) del condado	Organismo público local (del condado) responsable de determinar la elegibilidad para Medicaid, NC Health Choice y otros programas de asistencia.
Servicios cubiertos	Servicios de atención de la salud proporcionados por su plan de salud.
Traspaso	Plazo inmediatamente antes y después del inicio de NC Medicaid Managed Care.
Equipo médico duradero	Ciertos artículos (como un andador o una silla de ruedas) que su médico puede indicarle para que use en su hogar si tiene una enfermedad o lesión.
Evaluación, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)	Beneficio de Medicaid que proporciona servicios de atención de la salud integral y preventiva para niños menores de 21 años que reciben Medicaid. Cuando los niños necesitan atención médica, los servicios no están limitados por las pólizas de cobertura de Alliance Health. Medicaid se asegura de que los miembros menores de 21 años puedan obtener la atención de la salud que necesitan, cuando la necesitan, incluidos los servicios de atención de la salud para prevenir enfermedades y afecciones médicas futuras. El beneficio de EPSDT no se aplica a los niños inscritos en NC Health Choice.
Intervención temprana	Servicios y apoyo disponibles para bebés y niños pequeños con retrasos y discapacidades en el desarrollo y sus familias. Los servicios pueden incluir terapia del habla y fisioterapia, y otros tipos de servicios.
Atención en el departamento de emergencias (atención en la sala de emergencias)	Atención que recibe en un hospital si experimenta una afección médica de emergencia.
Afección médica de emergencia	Una situación en la que su vida podría verse en peligro o podría lesionarse de forma permanente si no recibe atención de inmediato.
Transporte médico para emergencias	Transporte en ambulancia al hospital o centro médico más cercano por una afección médica de emergencia.
Servicios de emergencia	Servicios que recibe para tratar su afección médica de emergencia.
Agente de inscripción	Entidad externa imparcial que proporciona asesoramiento sobre opciones de medicina gestionada y asistencia para la inscripción, y coordina la difusión y la educación a los beneficiarios.
Servicios excluidos	Servicios cubiertos por el programa NC Medicaid Direct, pero no por su plan de salud. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid.

Audiencia imparcial	Consulte “Audiencia imparcial del estado”.
Queja formal	Reclamo sobre su plan de salud, proveedor, atención o servicios. Comuníquese con su plan e infórmeles que tiene una “queja formal” sobre sus servicios. Las quejas formales y las apelaciones son diferentes.
Servicios y dispositivos de habilitación	Servicios de atención de la salud que lo ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria.
Opción de atención de la salud	Las opciones de atención de la salud incluyen planes estándares, planes personalizados, EBCI Tribal Option y NC Medicaid Direct. Estas opciones se basan en el beneficiario individual.
Seguro médico	Tipo de cobertura de seguro que paga sus costos médicos y de salud. Su cobertura de Medicaid es un tipo de seguro.
Plan de salud (o Plan)	Organización que le brinda servicios de atención de la salud.
Atención de la salud domiciliaria	Ciertos servicios que recibe fuera de un hospital o un asilo para ancianos para ayudar con las actividades diarias de la vida, como servicios de asistente para la salud en el hogar, servicios de enfermería especializada o fisioterapia.
Servicios de cuidados paliativos	Servicios especiales para pacientes y sus familias durante las etapas finales de una enfermedad terminal y después de la muerte. Los servicios de cuidados paliativos incluyen ciertos servicios físicos, psicológicos, sociales y espirituales que apoyan a personas con enfermedades terminales y a sus familias o cuidadores.
Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios	Servicios que recibe de un hospital u otro entorno médico que no requieren hospitalización.
Hospitalización	Ingreso a un hospital para recibir tratamiento que dura más de 24 horas.
Innovations Waiver	Programa federal especial diseñado para satisfacer las necesidades de las personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD) que prefieren recibir servicios y apoyo a largo plazo en su hogar o comunidad en lugar de en un entorno institucional.

Institución	<p>Centro o entorno de atención de la salud que puede proporcionar apoyo físico o conductual. Algunos ejemplos incluyen, entre otros, Centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF-IID), centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) y hogar de atención para adultos (adult care home, ACH).</p>
Centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF-IID)	<p>Centro que proporciona apoyo residencial, médico y de otro tipo a personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo que tienen afecciones conductuales o médicas.</p>
Tutor legal o persona legalmente responsable	<p>Persona designada por un tribunal de justicia para tomar decisiones en nombre de una persona que no puede tomar decisiones en su propio nombre (en la mayoría de los casos, un familiar o amigo, a menos que no haya nadie disponible, en cuyo caso se designa a un empleado público).</p>
Servicios y apoyo a largo plazo	<p>Atención proporcionada en el hogar, en entornos comunitarios o en centros para ayudar a personas con ciertas afecciones de salud o discapacidades con las actividades diarias. Los servicios y apoyo a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) incluyen servicios como atención de la salud domiciliaria y servicios de atención personal. Los LTSS no está cubiertos para niños que reciben NC Health Choice.</p>
Managed Care	<p>Programa de atención de la salud en el que Carolina del Norte contrata planes de salud, llamados organizaciones de atención administrada (managed care organizations, MCO), para coordinar servicios de salud física, conductual y otros servicios de salud integrados y coordinados para beneficiarios de Medicaid y NC Health Choice. En Carolina del Norte, hay tres tipos de planes de atención administrada.</p>
Medicaid	<p>Medicaid es un programa de cobertura de salud que ayuda a ciertas familias o personas que tienen bajos ingresos o problemas médicos graves. Se paga con dólares federales, estatales y del condado, y cubre muchos servicios de salud física, salud conductual e I/DD que podría necesitar. Debe presentar su solicitud a través de su Departamento de Servicios Sociales local. Cuando califica para Medicaid, tiene ciertos derechos y protecciones. Consulte los siguientes sitios web para obtener más información sobre Medicaid y sus derechos.</p>
Medicamento necesario	<p>Servicios, tratamientos o suministros médicos que son necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas, y que cumplen con los estándares de medicina aceptados.</p>

Servicios para Miembros y Beneficiarios	Número de teléfono al que puede llamar para hablar con alguien y obtener ayuda cuando tenga una pregunta. El número de Alliance Health es 800-510-9132 o retransmisor: 711 o 800-735-2962.
Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC (NCDHHS)	La agencia estatal que incluye a NC Medicaid (División de beneficios para la salud), la División de servicios para la salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias, la División estatal de servicios sociales, la división de servicios para adultos y adultos mayores, y otras agencias de salud y servicios humanos. El sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC (NC Department of Health and Human Services, NCDHHS) es ncdhhs.gov .
NC Health Choice	NC Health Choice brinda cobertura de seguro de salud para niños de 6 a 18 años cuando sus familias no califican para Medicaid. Medicaid y NC Health Choice son diferentes. Debe presentar su solicitud a través de su Departamento de Servicios Sociales local. Los beneficios de NC Health Choice no son los mismos que los beneficios de Medicaid. No se aplican las garantías del “beneficio de EPSDT” y del transporte médico que no sea de emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) de Medicaid.
NC Medicaid (agencia estatal de Medicaid)	Agencia que administra los programas de atención de la salud, beneficios de farmacia y servicios de salud conductual de Medicaid y NC Health Choice en nombre del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte.
NC Medicaid Direct	Anteriormente denominada Medicaid Fee-For-Service (Pago por servicio), esta categoría de atención incluye a aquellos que no forman parte de NC Medicaid Managed Care.
NC Medicaid Member Ombudsman	Programa del departamento que proporciona educación y defensa a los beneficiarios de Medicaid, ya sea que estén en NC Medicaid Managed Care o NC Medicaid Direct. NC Medicaid Ombudsman también proporciona resolución de problemas para los miembros de NC Medicaid Managed Care. Un recurso que se utilizará cuando no haya podido resolver problemas con su plan de salud o PCP. El programa NC Medicaid Ombudsman es independiente y distinto del programa Long-Term Care Ombudsman.
Red (o red de proveedores)	Grupo de médicos, hospitales, farmacias y otros profesionales de la salud que tienen un contrato con su plan de salud para proporcionar servicios de atención de la salud a los miembros.
Proveedor de la red	Proveedor que está en la red de proveedores de su plan de salud.
Servicios no cubiertos	Servicios de atención de la salud que no están cubiertos por su plan de salud.

Transporte médico que no es de emergencia (NEMT)	Transporte que su plan puede coordinar para ayudarlo a llegar y regresar de sus citas, incluidos vehículos personales, taxis, camionetas, miniautobuses, transportes áreas montañosas y transporte público si está inscrito en Medicaid. NEMT no está cubierto para NC Health Choice.
Tratamiento en curso	Cuando un miembro, en ausencia de servicios continuos reflejados en un plan de tratamiento o servicio o según se indique clínicamente, sufriría un perjuicio grave para su salud o estaría en riesgo de hospitalización o institucionalización.
Afección especial en curso	Afección lo suficientemente grave como para requerir tratamiento para evitar la posible muerte o daño permanente. Enfermedad o afección crónica que es potencialmente mortal, es degenerativa o incapacitante, y requiere tratamiento durante un período prolongado. Esta definición también incluye embarazo en su segundo o tercer trimestre, cirugías programadas, trasplantes de órganos, atención programada para pacientes hospitalizados o con enfermedad terminal.
Proveedor fuera de la red	Proveedor que no está en la red de proveedores de su plan de salud.
Cuidados paliativos	Atención especializada para un paciente y una familia que comienza el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad grave o terminal. Este tipo de atención se centra en brindar alivio de los síntomas y el estrés de la enfermedad con el objetivo de mejorar la calidad de vida para usted y su familia.
Participante/ persona/miembro	Persona inscrita y cubierta por un plan de salud.
Médico	Persona calificada para practicar la medicina.
Servicios médicos	Servicios de atención de la salud que recibe de un médico, personal de enfermería practicante o asistente médico.
Posnatal	Atención de la salud de embarazo para una madre que acaba de dar a luz a un hijo.
Prima	El monto que paga por su seguro de salud todos los meses. La mayoría de los beneficiarios de Medicaid y NC Health Choice no tienen una prima.
Prenatal	Atención de la salud durante el embarazo para futuras madres, antes del nacimiento de un hijo.
Cobertura de medicamentos recetados	Se refiere a cómo el plan de salud ayuda a pagar los medicamentos y fármacos recetados de sus miembros.

Medicamentos recetados	Medicamento que, por ley, requiere que un proveedor lo solicite antes de que un beneficiario pueda recibirlo.
Atención primaria	Servicios de un proveedor de atención primaria que lo ayudan a prevenir enfermedades (control, inmunización) para controlar una afección de la salud que ya tiene (como diabetes).
Proveedor de atención primaria o médico de atención primaria (PCP)	El médico o la clínica donde recibe su atención primaria (vacunas, visitas de bienestar, visitas por enfermedad, visitas para ayudarlo a controlar una enfermedad como la diabetes). Su PCP también debe estar disponible fuera del horario de atención y los fines de semana para brindarle asesoramiento médico. También lo deriva a especialistas (cardiólogos, proveedores de salud conductual) si lo necesita. Su PCP debe ser su primera llamada para recibir atención antes de ir al departamento de emergencias.
Autorización previa o preautorización	Aprobación que debe tener de su plan de salud antes de poder obtener o continuar recibiendo ciertos servicios de atención de la salud o medicamentos.
Red de proveedores	Agencias o profesionales contratados por Alliance Health para proporcionar servicios autorizados a personas elegibles.
Proveedor	Profesional de atención médica o un centro que presta servicios de atención de la salud, como un médico, un médico clínico, un hospital o una farmacia.
Destinatario	Persona que recibe un servicio financiado por el estado o apoyo adicional financiado por el estado (como servicios de administración de la atención o de inclusión comunitaria).
Derivaciones	Orden documentada de su proveedor para que usted vea a un especialista o reciba ciertos servicios médicos.
Servicios y dispositivos de rehabilitación y terapia	Servicios y equipos de atención de la salud que lo ayudan a recuperarse de una enfermedad, accidente, lesión o cirugía. Estos servicios pueden incluir fisioterapia o terapia del habla.
Límite de servicio	Cantidad máxima de un servicio específico que se puede recibir.
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Centro que proporciona atención de enfermería especializada y servicios relacionados para residentes que requieren atención de la salud o de enfermería, o servicios de rehabilitación para personas con lesiones, discapacidades o enfermedades.
Especialista	Proveedor que está capacitado y ejerce en un área específica de la medicina.

<p>Plan estándar</p>	<p>Un plan estándar es un plan de salud de NC Medicaid y NC Health Choice que ofrece servicios de salud física, farmacia, administración de la atención y de salud mental básicos, y para el consumo de sustancias, para los miembros. Los planes estándares ofrecen servicios adicionales para los miembros que califican. Algunos servicios adicionales pueden ser diferentes para cada plan estándar.</p>
<p>Audiencia imparcial del estado</p>	<p>Cuando no esté de acuerdo con la resolución de su plan de salud, puede solicitar al estado que la revise. La Oficina de Audiencias Administrativas (Office of Administrative Hearings, OAH) de NC llevará a cabo su audiencia imparcial del estado. El juez revisará cuidadosamente la resolución de Alliance Health. El juez no trabaja para su plan de salud. Puede darle al juez más actualizaciones médicas. También puede hacer preguntas directamente a un miembro del equipo que trabajó en su resolución.</p>
<p>Servicios básicos financiados por el estado</p>	<p>Servicios financiados por el estado que todos los planes personalizados deben ofrecer.</p>
<p>Servicios no esenciales financiados por el estado (servicios adicionales)</p>	<p>Servicios financiados por el estado que los planes personalizados pueden elegir ofrecer.</p>
<p>Servicios financiados por el estado</p>	<p>Servicios de salud mental, I/DD, TBI y consumo de sustancias financiados por el gobierno estatal o federal fuera de Medicaid.</p>
<p>Trastorno por consumo de sustancias</p>	<p>Trastorno médico que incluye el uso indebido o la adicción al alcohol o a drogas legales o ilegales.</p>
<p>Administración de atención personalizada</p>	<p>Administración de la atención para miembros inscritos en planes personalizados de salud conductual e I/DD coordinados por un administrador de atención que puede ayudar a personas con necesidades de salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo o lesión cerebral traumática. El administrador de atención trabaja con usted y un equipo de profesionales médicos y familiares aprobados u otros cuidadores para considerar sus necesidades únicas relacionadas con la salud y encontrar los servicios que necesita en su comunidad.</p>
<p>Telesalud</p>	<p>Uso de audio y video interactivos bidireccionales en tiempo real para proporcionar y apoyar servicios de atención de la salud cuando los participantes se encuentran en diferentes ubicaciones físicas.</p>

Transición de la atención	<p>Proceso de asistencia para que cambie entre planes de salud o a otro programa de Medicaid, como NC Medicaid Direct. El término “transición de la atención” también se aplica a la asistencia que se le proporciona cuando su proveedor no está inscrito en el plan de salud.</p>
Programa Transitions to Community Living (TCL) (transición a la vida comunitaria)	<p>Programa que brinda a adultos elegibles que viven con afecciones de salud mental graves la oportunidad de vivir y trabajar en sus comunidades.</p>
Exención por lesión cerebral traumática (exención por TBI)	<p>Programa federal especial que proporciona servicios y apoyo a largo plazo para permitir que las personas que experimentaron una lesión cerebral traumática (TBI) a partir de los 18 años permanezcan en sus hogares y comunidades. El plan personalizado que brinda servicios en los condados de Cumberland, Durham, Johnston, Mecklenburg, Orange y Wake administra este programa especial. La exención por TBI de NC no opera en todas las áreas geográficas del estado.</p>
Atención de urgencia	<p>Atención de una afección de la salud que requiere atención de médica inmediata, pero que no es una afección médica de emergencia. Puede recibir atención de urgencia en una clínica sin cita previa por una enfermedad o lesión que no sea potencialmente mortal.</p>

Bienvenido al Plan personalizado de salud conductual y discapacidades intelectuales/del desarrollo de **Alliance Health NC Medicaid Managed Care**

Cómo funciona el plan personalizado	01
Cómo usar este manual	03
Ayuda de Servicios para Miembros y Beneficiarios	03
Para personas con discapacidades auditivas, de la vista o del habla	04
Para personas con pérdida de la audición	04
Para personas con pérdida de la visión	04
Para personas con discapacidades del habla	04
Para personas con múltiples discapacidades	04
Otros servicios y ayudas especiales para personas con discapacidades	05
Su tarjeta de Medicaid	06
Cómo elegir su PCP	07
Si su proveedor abandona nuestra red del plan de salud	07
Cómo cambiar su PCP	08
Cómo obtener atención de la salud regular	08
Cómo obtener atención especializada: derivaciones	11
Derivación fuera de la red	11
Proveedores fuera de la red	12
Obtenga estos servicios de Alliance Health sin una derivación	12
Atención primaria	12
Servicios de salud conductual	12
Atención de la salud para la mujer	12
Planificación familiar	12
Evaluaciones para niños	13
Servicios del Departamento de salud local	13
Emergencias	13
Atención de urgencia	14
Atención fuera de Carolina del Norte y los Estados Unidos	14
Sus beneficios	14

Servicios cubiertos por la red de Alliance Health	15
Atención de la salud regular	15
Atención de maternidad	15
Atención hospitalaria	15
Servicios de salud conductual (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	16
Servicios para discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD)	16
Servicios 1915(i)	17
Servicios de exención por lesión cerebral traumática	17
Servicios de salud en el hogar	18
Servicios de atención personal	18
Cuidados paliativos	18
Atención de la vista	18
Farmacia	19
Atención de emergencia	19
Atención especializada	19
Servicios en asilos para ancianos	19
Servicios de transporte	19
Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)	21
Planificación familiar	21
Otros servicios cubiertos	22
Servicios adicionales	22
En lugar de los servicios	23
Servicios financiados por el estado	23
Apoyo adicional para administrar su salud (administración de atención personalizada)	23
Inclusión comunitaria	25
Desvío	26
Sistema de atención	26
Ayuda con problemas más allá de la atención médica	26
Otros programas para ayudarlo a mantenerse saludable	27
Programa de prevención del uso indebido de opioides	27
Programa de bloqueo de farmacia	28
Dejar de fumar	28
Campus libres de tabaco	29
PRTF – Administración de casos complejos (CCM)	29
Programas de evaluación	29

Beneficios que puede obtener de Alliance Health o de un proveedor directo de NC Medicaid	30
Prueba de detección del VIH e ITS	30
Evaluación, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT): el beneficio para la salud de Medicaid para miembros menores de 21 años	30
Beneficios cubiertos por NC Medicaid Direct, pero no por su plan de salud	32
Servicios NO Cubiertos	32
Si recibe una factura	33
Copagos para miembros del plan de salud	33
Copagos si tiene Medicaid	33
Copagos si su hijo tiene NC Health Choice	34
Autorización de servicio y acciones	34
¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicio?.....	36
Solicitudes de autorización previa para niños menores de 21 años (se aplica solo a miembros de Medicaid)	37
Detalles importantes sobre los servicios cubiertos por la garantía federal de EPSDT	37
Autorización previa y plazos	38
Información de Servicios para Miembros y Beneficiarios	38
Puede ayudar con las pólizas de los planes	38
Apelaciones de servicios de Medicaid	39
Apelaciones aceleradas (más rápidas)	39
Solicitudes de apelaciones aceleradas por parte del proveedor	39
Solicitudes de apelaciones aceleradas por parte de los miembros	40
Plazos para apelaciones estándares	40
Decisiones sobre apelaciones	40
Audiencias imparciales del estado	41
Continuación de beneficios durante una apelación	41
Apelaciones durante su transición fuera de Alliance Health	42
Si tiene problemas con su plan de salud, puede presentar una queja formal	42
Resolución de su queja formal	43
Transición de la atención	43
Su atención cuando cambia de opciones o proveedores de atención de la salud	45
Derechos y responsabilidades de los miembros	45
Sus derechos	45
Sus derechos si es menor de edad	46
Sus responsabilidades	46

Cambios en su opción de atención de la salud (cancelación de la inscripción)	46
Cómo solicitar pasar a un plan estándar	47
Cómo solicitar el traspaso a un plan estándar si recibe ciertos servicios	47
Cómo solicitar el traspaso a EBCI Tribal Option o NC Medicaid Direct	49
Cómo solicitar regresar al plan personalizado	49
Solicitudes aceleradas para cambiar las opciones de atención de la salud	50
Decisiones sobre solicitudes para cambiar las opciones de atención de la salud	50
Motivos por los que puede tener que abandonar Alliance Health	50
Audiencias imparciales del estado y decisiones de cancelación de la inscripción	51
Directivas anticipadas	51
Testamento en vida	52
Poder notarial para atención de la salud	52
Instrucciones anticipadas para el tratamiento de la salud mental	52
Formularios que puede usar para hacer una directiva anticipada	53
Inquietudes sobre abuso, negligencia y explotación	53
Fraude, malgasto y abuso	53
Números de teléfono importantes	55
Manténganos informados	57
NC Medicaid Ombudsman	57



Plan personalizado de salud conductual y de I/DD de NC Medicaid Managed Care

Este manual le ayudará a comprender los servicios de atención de la salud de Medicaid disponibles para usted. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 o visitar nuestro sitio web en AllianceTailoredPlan.org.

Cómo funciona el plan personalizado

Bienvenido al plan personalizado de Alliance Health. Alliance Health es un plan personalizado aprobado por Carolina del Norte. El Plan personalizado es un tipo de plan de salud de atención administrada que proporciona a los miembros de Medicaid servicios integrados de salud física, farmacia, salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo (I/DD) y lesión cerebral traumática (TBI) para satisfacer sus necesidades de atención de la salud. En este manual, “salud conductual” significa trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.

Somos un plan de atención de la salud especial con proveedores que tienen mucha experiencia

ayudando a las personas que pueden necesitar atención de salud conductual, I/DD o TBI a mantenerse saludables. También brindamos servicios de administración de atención personalizada para trabajar con usted y un equipo de atención para mantenerlo lo más saludable posible y para asegurarnos de que sus servicios estén bien coordinados para satisfacer sus necesidades.

Muchos miembros de Medicaid ahora reciben atención de la salud a través de la atención administrada. La atención administrada funciona como un hogar central para coordinar sus necesidades de atención de la salud. Como miembro de Alliance Health, usted tiene todos los beneficios estándares de Medicaid, además de servicios adicionales de salud conductual, I/DD y TBI disponibles para ayudarle a mantenerse saludable.

Alliance Health ofrece:

- Servicios de salud física
- Servicios de farmacia
- Ciertos servicios y apoyos a largo plazo
- Servicios de salud conductual cubiertos por Medicaid, incluidos los servicios 1915(i). Para obtener más información sobre los servicios 1915(i), consulte la página 17

Alliance Health ofrece a las personas elegibles:

- Servicios especializados de I/DD y NC Innovations Waiver
- Servicios especializados en exención por TBI
- Otros servicios de salud conductual, I/DD y TBI financiados por el estado

Como miembro de Alliance Health, usted puede ser elegible para tener un administrador de atención que trabajará con sus proveedores de atención de la salud y así prestar atención especial a todas sus necesidades de atención. El administrador de atención puede ayudar a garantizar que usted reciba la atención de la salud, de salud conductual, I/DD, TBI y atención adicional más allá de sus necesidades médicas, como ayuda con la vivienda o asistencia alimentaria.

Tiene un equipo de atención de la salud. Para satisfacer las necesidades de atención de la salud de las personas con NC Medicaid, Alliance Health se asocia con un grupo de proveedores de atención de la salud (médicos, terapeutas, especialistas, hospitales, proveedores de atención domiciliaria y otros centros de atención de la salud) que conforman nuestra **red de proveedores**.

- Cuando se une a Alliance Health, nuestra red de proveedores está aquí para brindarle apoyo. Si necesita realizarse una prueba, consultar a un especialista o ir al hospital, su PCP puede ayudarle a coordinarlo. Su PCP está disponible para usted de día y de noche. Si necesita hablar con su PCP después del horario de atención o fines de semana, deje un mensaje detallado

sobre cómo podemos comunicarnos con usted. Su PCP se comunicará con usted lo antes posible. Aunque su PCP es su principal fuente de atención de la salud, en algunos casos puede consultar a ciertos médicos para recibir algunos servicios sin consultar a su PCP. Consulte la página 11 para obtener más detalles

- Puede visitar nuestro sitio web en AllianceTailoredPlan.org para encontrar el listado de proveedores en línea o llamar a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 para obtener una copia del listado de proveedores



Ayuda de Servicios para Miembros y Beneficiarios

Servicios para Miembros y Beneficiarios tiene personas para ayudarlo. Puede llamar a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 o retransmisor: 711 o al 800-735-2962

- Para obtener ayuda con problemas y preguntas que no sean de emergencia, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios de lunes a sábado, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. Deje un mensaje si nos llama después del horario de atención con una solicitud que no sea urgente. Le devolveremos la llamada en el plazo de 1 día hábil
- **En caso de emergencia médica, llame al 911**
- **Puede llamar a Servicios para Miembros y Beneficiarios para obtener ayuda cuando tenga una pregunta.** Puede llamarnos para elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP), para preguntar sobre beneficios y servicios, para obtener ayuda con derivaciones, para reemplazar una tarjeta de Medicaid perdida, o para informar del nacimiento de un nuevo bebé o para preguntar sobre cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios o los de su familia
- Si está embarazada o queda embarazada, su hijo será asignado a un plan estándar el día en que nazca. Llámenos a nosotros y a su Departamento de Servicios Sociales local de inmediato si queda embarazada. Podemos ayudarlo a elegir un médico tanto para usted como para su bebé. Podrá elegir un plan de salud diferente para su hijo. Llame al agente de inscripción al 833-870-5500 para obtener ayuda para elegir un plan de salud
- **Si el inglés no es su idioma materno, podemos ayudarlo.** Simplemente llámenos al 800-510-9132 (TTY: 711) y encontraremos una manera de hablar con usted en su propio idioma



Cómo usar este manual

Este manual le informa cómo funciona Alliance Health. Es su guía para los servicios de salud y bienestar.

Lea las páginas vi y vii, ahora. Estas páginas contienen información que usted necesita para comenzar a usar su plan de salud.

Cuando tenga preguntas sobre su plan de salud, usted puede:

- Usar este manual
- Hacerle preguntas a su proveedor de atención primaria (PCP)
- Hacerle preguntas a su administrador de atención
- Llamar a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 o retransmisor: 711 o al 800-735-2962
- Visite nuestro sitio web en AllianceTailoredPlan.org

Otras formas en que podemos ayudar

- Si tiene preguntas o inquietudes básicas sobre su salud, puede llamar a nuestra Línea de enfermería al 855-759-9400 en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta es una llamada gratuita. Puede obtener asesoramiento sobre cuándo ir a su PCP o hacer preguntas sobre síntomas o medicamentos
- Si tiene pensamientos de hacerse daño a sí mismo o a otros, o dolor o angustia emocional o mental, llame a la Línea de crisis de salud conductual al 877-223-4617 en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para hablar con alguien que lo escuchará y ayudará. Esta es una llamada gratuita. Estamos aquí para ayudarlo con problemas como estrés, depresión o ansiedad. Podemos brindarle el apoyo que necesita para sentirse mejor. **Si está en peligro o necesita atención médica inmediata, llame al 911**

Para personas con discapacidades auditivas, de la vista o del habla

Usted tiene derecho a recibir información sobre su plan de salud, atención y servicios en un formato que pueda comprender y al que pueda acceder. Alliance Health proporciona servicios gratuitos para ayudar a las personas a comunicarse con nosotros.

Para personas con pérdida de la audición

Si es sordo, tiene dificultades auditivas o es sordo y ciego, o siente que tiene dificultades auditivas y necesita ayuda para comunicarse, hay recursos para ayudarlo. Estos incluyen, entre otros:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas estadounidenses
- Intérpretes sordos certificados
- Subtítulos de traducción de acceso a la comunicación en tiempo real (Communication Access Realtime Translation, CART)

- Dispositivos para la amplificación de la escucha (amplification listening devices, ALD) personales para su uso
- Información en letra grande
- Personal capacitado para manejar adecuadamente sus llamadas de servicio de retransmisión (videoteléfono, teléfono con subtítulos y TTY)

Para personas con pérdida de la visión

Si tiene pérdida de la visión, los recursos disponibles para ayudarlo incluyen, entre otros:

- Materiales escritos en formatos accesibles (letra grande, Braille, audio, formato electrónico accesible)

Para personas con discapacidades del habla

Si tiene una discapacidad del habla, algunos servicios pueden incluir, entre otros:

- Servicio de intermediación de voz a voz (Speech-to-Speech, STS)
- Laringe artificial

Para personas con múltiples discapacidades

Las necesidades de acceso para las personas con discapacidades varían. Los servicios y las ayudas especiales se proporcionan sin cargo.

Otros servicios y ayudas especiales para personas con discapacidades

- Ayuda para programar citas o llegar a estas
- Administradores de atención que pueden ayudarlo a obtener la atención que necesita
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su afección
- Si usa una silla de ruedas, podemos decirle si el consultorio de un médico es accesible para sillas de ruedas y ayudarlo a programar sus citas o llegar a ellas
- Fácil acceso hacia y desde servicios (como servicios accesibles de conformidad con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades [Americans with Disabilities Act, ADA], rampas, pasamanos y otros servicios)

Para solicitar servicios, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 (TTY: 711).

Alliance Health cumple con las leyes federales de derechos civiles y no excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Si cree que Alliance Health no proporcionó estos servicios, puede presentar un reclamo. Para presentar un reclamo o para obtener más información, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 (TTY: 711). Si tiene problemas que no ha podido resolver con Alliance Health, puede comunicarse con el Defensor de NC Medicaid al **1-877-201-3750** o en [ncmedicaidombudsman.org](https://www.ncmedicaidombudsman.org).

Su tarjeta de Medicaid

Se le ha enviado su tarjeta de Medicaid por correo con este paquete de bienvenida y manual del miembro. Utilizamos la dirección postal registrada en su Departamento de Servicios Sociales local. Su tarjeta de Medicaid tiene:

- Nombre y número de teléfono de su proveedor de atención primaria (PCP)
- Su número de identificación de Medicaid
- Información sobre cómo comunicarse con nosotros si tiene preguntas

Si hay algún error en su tarjeta de Medicaid o si pierde su tarjeta, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 (TTY: 711). Lleve siempre su tarjeta de Medicaid con usted. Deberá mostrarla cada vez que vaya a recibir atención.

Si aún no ha recibido su tarjeta, aún puede acceder a sus beneficios. Simplemente llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios, y lo ayudaremos asegurándonos de que usted y su PCP obtengan la información necesaria. Puede comunicarse con nosotros al número gratuito 800-510-9132, de lunes a sábado de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.

Alliance Health	5200 W. Paramount Parkway, Suite 200 Morrisville, NC 27560
Member:	Primary Care Provider (PCP):
Date of Birth:	
Member ID:	
Plan Name:	
Effective Date:	
	PCP Phone:
	RxB N: 610602
	RxPCN: MCD
	RxGRP:

Member Portal: www.AllianceHealthPlan.org	
Member and Recipient Services (Mon-Sat 7 a.m.–6 p.m.):	800-510-9132
24-hour Nurse Services:	855-759-9400
24-hour Behavioral Health Crisis Services:	877-223-4617
If you are experiencing an emergency, please call 911 for immediate help. Contact your primary care provider as soon as possible.	
Provider Services (Mon-Sat 7 a.m.–6 p.m.):	855-759-9700
Pharmacy Services (Mon-Sat 7 a.m.–6 p.m.):	855-759-9300
All other claims are to be mailed to: Alliance Claims 5200 W. Paramount Parkway, Suite 200 Morrisville, NC 27560	All pharmacy claims are to be mailed to: Navitus Health Solutions, LLC P.O. Box 999 Appleton, WI 54912-0999
If you suspect a doctor, clinic, hospital, home health service or any other kind of health provider is committing Medicaid fraud, report it. Call 919-881-2320.	

Cómo elegir su PCP

- Su proveedor de atención primaria (PCP) es un médico, miembro del personal de enfermería practicante, asistente médico u otro tipo de proveedor que:
 - Brinda atención de salud
 - Coordina sus necesidades
 - Lo ayuda a obtener referencias para servicios especializados si las necesita
- Como miembro de Medicaid, usted tuvo la oportunidad de elegir su propio PCP. Si no seleccionó un PCP, elegimos uno para usted en función de su atención de la salud previa. Puede encontrar el nombre y la información de contacto de su PCP en su tarjeta de Medicaid. Si desea cambiar su PCP, tiene 30 días a partir de la fecha de recepción de este paquete para realizar el cambio. (Consulte “Cómo cambiar su PCP” en la página 8 para saber cómo hacer esos cambios)
- Al decidir sobre un PCP, es posible que desee encontrar un PCP que:
 - Haya visto antes
 - Comprenda sus antecedentes médicos
 - Esté tomando pacientes nuevos
 - Pueda atenderlo en su idioma
 - Tenga fácil acceso
- Cada miembro de la familia inscrito en Alliance Health puede tener un PCP diferente o usted puede elegir un PCP para que atienda a toda la familia. Un pediatra trata a los niños. Los médicos de medicina familiar tratan a toda la familia. Los médicos de medicina interna tratan a adultos. Llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 (TTY: 711) para obtener ayuda para elegir un PCP adecuado para usted y su familia
- Puede encontrar la lista de todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otras personas que se asocian con Alliance Health en nuestro listado de proveedores. Puede visitar nuestro sitio web en AllianceHealthPlan.org para consultar el listado de proveedores en línea. También puede llamar a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 (TTY: 711) para obtener una copia del listado de proveedores
- Las mujeres pueden elegir un obstetra/ ginecólogo para que se desempeñe como su PCP. Las mujeres no necesitan una derivación de un PCP para consultar a un médico obstetra/ ginecólogo del plan de salud u otro proveedor que ofrezca servicios de atención de la salud para mujeres. Las mujeres pueden realizarse controles de rutina, atención de seguimiento si es necesario, y atención regular durante el embarazo
- Si tiene una afección médica compleja o una necesidad especial de atención de la salud, es posible que pueda elegir un especialista para que actúe como su PCP. Para obtener más información y asistencia en su selección, comuníquese con Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132, de lunes a sábado, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m
- Si no eligió a su PCP y no ha visitado a su PCP actual en los últimos 12 a 18 meses, Alliance Health puede asignarle un PCP diferente según sus antecedentes médicos

Si su proveedor abandona nuestra red del plan de salud

- Si su proveedor abandona Alliance Health, se lo informaremos en un plazo de 15 días a partir del momento en que tengamos conocimiento de esto. Si el proveedor que deja Alliance Health es su PCP, se lo informaremos en un plazo de 7 días y lo ayudaremos a asegurarse de que seleccione un nuevo PCP el plazo de los 30 días de habernos comunicado con usted
- Si su proveedor abandona nuestra red, podemos ayudarlo a encontrar uno nuevo
- Incluso si su proveedor abandona nuestra red, es posible que pueda permanecer con su proveedor durante un tiempo más en ciertas situaciones

- Lea “Su atención cuando cambia de opciones o proveedores de atención de la salud” en la página 43 para obtener más información sobre cuánto tiempo puede permanecer con un proveedor que ha abandonado nuestra red
- Si tiene alguna pregunta sobre la información de esta sección, visite nuestro sitio web en AllianceTailoredPlan.org o llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132

Cómo cambiar su PCP

- Puede encontrar el nombre y la información de contacto de su proveedor de atención primaria (PCP) en su tarjeta de Medicaid. Puede cambiar su PCP en el plazo de los 30 días a partir de la fecha en que reciba su tarjeta de Medicaid. Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132. Después de eso, puede cambiar de PCP solo una vez al año. No tiene que dar un motivo para el cambio
- Para cambiar su PCP más de una vez al año, debe tener un buen motivo (buena causa). Por ejemplo, puede tener una buena causa si:
 - Su PCP no proporciona atención, servicios o suministros accesibles y adecuados (por ejemplo, no establece atención hospitalaria ni consulta con especialistas cuando es necesario para el tratamiento)
 - No está de acuerdo con su plan de tratamiento
 - Su PCP se muda a una ubicación diferente que no le resulta práctico
 - Su PCP cambia las horas o los días en que atiende a los pacientes
 - Tiene problemas para comunicarse con su PCP debido a una barrera lingüística u otro problema
 - Su PCP no puede satisfacer sus necesidades especiales
 - Usted y su PCP están de acuerdo en que un nuevo PCP es lo mejor para su atención

Llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 para obtener más información sobre cómo puede cambiar su PCP.

Cómo obtener atención de la salud regular

- “Atención de la salud regular” significa exámenes, controles regulares, vacunas u otros tratamientos para mantenerlo sano y abordar enfermedades u otros síntomas. También incluye brindarle asesoramiento cuando lo necesite y derivarlo al hospital o a especialistas cuando sea necesario. Usted y su proveedor de atención primaria (PCP) trabajan juntos para mantenerlo sano o para ver que usted recibe la atención que necesita
- Su PCP siempre está disponible. Llame a su PCP cuando tenga una pregunta o inquietud médica. Si llama fuera del horario de atención o fines de semana, deje un mensaje detallado sobre cómo podemos comunicarnos con usted. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible. Recuerde que su PCP lo conoce y sabe cómo funciona su plan de salud
- Su PCP se ocupará de la mayoría de sus necesidades de atención de la salud, pero usted debe tener una cita para ver a su PCP. Si alguna vez no puede asistir a una cita, llame para informárselo a su PCP
- **Cómo programar su primera cita de atención de la salud regular.** Tan pronto como elija o se le asigne un PCP, si es un proveedor nuevo, llame para programar una primera cita. Es mejor visitar a su PCP en el plazo de los 3 meses de haberse inscrito en el plan de salud. Hay varias cosas que puede hacer para ayudar a su PCP a conocerlo a usted y conocer sus necesidades de atención de la salud
- Cómo prepararse para su primera visita con un proveedor nuevo:
 - Solicite una transferencia de registros médicos de su proveedor actual a su PCP nuevo

- Haga una lista de las inquietudes de salud que tiene ahora y esté preparado para analizar su salud general, enfermedades graves pasadas, cirugías y otros problemas de salud
- Haga una lista de las preguntas que desea hacerle a su PCP
- Lleve los medicamentos y suplementos que esté tomando a su primera cita
- **Si necesita atención antes de su primera cita,** llame al consultorio de su PCP para explicar su inquietud. Su PCP le dará una cita anticipada para abordar esa inquietud de salud en particular. Aún debe asistir a la primera cita para hablar sobre sus antecedentes médicos y hacer preguntas
- Es importante para Alliance Health que pueda visitar a un médico en un plazo razonable. La Guía de citas (a continuación) le permite saber cuánto tiempo puede tener que esperar para ser atendido

Guía de citas

SI LLAMA POR ESTE TIPO DE SERVICIO:

Atención preventiva para adultos (servicios como controles de salud de rutina o vacunas)

Atención preventiva pediátrica (servicios como controles del niño sano)

Servicios de atención de urgencia (atención para problemas como esguinces, síntomas de gripe o heridas y cortes menores)

Atención de emergencia o urgencia solicitada después del horario de atención normal

Primera visita prenatal (1.º o 2.º trimestre)

Primera visita prenatal (3.º trimestre o embarazo de alto riesgo)

SU CITA DEBE TENER LUGAR:

en un plazo de 30 días

en un plazo de 14 días para miembros menores de 6 meses; en un plazo de 30 días para miembros mayores de 6 meses

en un plazo de 24 horas

acuda al departamento de emergencias del hospital de inmediato (disponible las 24 horas del día, los 365 días del año) o acuda a una clínica de atención de urgencias

en un plazo de 14 días

en un plazo de 5 días

Salud mental

Servicios de rutina

Servicios de atención de urgencia

Servicios de emergencia (servicios para tratar una afección potencialmente mortal)

Servicios móviles de gestión de crisis

en un plazo de 14 días

en un plazo de 24 horas

acuda a la sala de emergencias del hospital de inmediato (disponible las 24 horas del día, los 365 días del año) o acuda a una clínica de atención de urgencias

en un plazo de 2 horas

Trastornos por consumo de sustancias

Servicios de rutina

Servicios de atención de urgencia

Servicios de emergencia (servicios para tratar una afección potencialmente mortal)

en un plazo de 48 horas

en un plazo de 24 horas

acuda al departamento de emergencias del hospital de inmediato (disponible las 24 horas del día, los 365 días del año) o acuda a una clínica de atención de urgencias

Si no recibe la atención que necesita en los límites de tiempo anteriores, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.

Cómo obtener atención especializada: derivaciones

- Si necesita atención especializada que su proveedor de atención primaria (PCP) no puede brindarle, su PCP lo derivará a un especialista que sí pueda hacerlo. Un especialista es un médico que está capacitado y ejerce en un área específica de la medicina (como un cardiólogo o un cirujano). Si su PCP lo deriva a un especialista, pagaremos su atención si es médicamente necesaria. La mayoría de los especialistas son proveedores de Alliance Health. Hable con su PCP para asegurarse de saber cómo funcionan las derivaciones. Consulte a continuación el proceso de derivaciones a un especialista que no está en nuestra red de proveedores
- Si cree que un especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarlo a encontrar otro especialista
- Existen algunos tratamientos y servicios que su PCP debe solicitar a Alliance Health que

apruebe antes de que usted pueda recibirlos. Su PCP le dirá cuáles son esos servicios

- Si tiene problemas para obtener una derivación que cree que necesita, comuníquese con Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132

Derivación fuera de la red

- Si Alliance Health no tiene un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle la atención que necesita, lo derivaremos a un especialista fuera de nuestro plan de salud. Esto se denomina derivación fuera de la red. Su PCP u otro proveedor de la red deben solicitar la aprobación de Alliance Health antes de que pueda obtener una derivación fuera de la red
- Si su proveedor hace una solicitud a Alliance para que usted vea a un proveedor fuera de la red, Alliance responderá a la solicitud en función de la urgencia de sus necesidades y a más tardar en 14 días. También puede obtener información adicional sobre cómo acceder a un especialista fuera de la red llamando a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132
- A veces, es posible que no aprobemos una derivación fuera de la red porque tenemos un proveedor en Alliance Health que puede brindarle tratamiento. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar nuestra decisión. Consulte la página 38 para averiguar cómo



- A veces, es posible que no aprobemos una derivación fuera de la red para un tratamiento específico porque usted solicitó atención similar a la que puede obtener de un proveedor de Alliance Health. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar nuestra decisión. Consulte la página 38 para averiguar cómo

Si tiene una afección médica compleja o una necesidad especial de atención de la salud, es posible que pueda elegir un especialista para que actúe como su PCP. Para obtener más información y asistencia en su selección, comuníquese con Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 de lunes a sábado de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.

Proveedores fuera de la red

Si no tenemos un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle la atención que necesita, le proporcionaremos la atención que necesita de un especialista fuera de nuestro plan de salud o un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener servicios de un proveedor fuera de la red, hable con su proveedor de atención primaria (PCP) o llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.

Obtenga estos servicios de Alliance Health sin una derivación

Una derivación es una orden documentada de su proveedor para que usted vea a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. **No** necesita una derivación para obtener estos servicios:

Atención primaria

No necesita una derivación para obtener servicios de atención primaria. Si necesita un control o tiene alguna pregunta sobre su salud, llame a su PCP para programar una cita. El nombre y la información de contacto de su PCP asignado figuran en su tarjeta de Medicaid.

Servicios de salud conductual

No necesita una derivación para su primera evaluación de salud conductual o trastorno por consumo de sustancias realizada en un período de 12 meses. Consulte a su PCP o llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 para obtener una lista de proveedores de salud mental y proveedores de trastornos por consumo de sustancias. También puede encontrar una lista de nuestros proveedores de salud conductual en línea en AllianceHealthPlan.org.

No necesita una derivación de su PCP para obtener servicios móviles para crisis. Los servicios móviles para crisis son equipos que pueden reunirse con usted en un lugar seguro, incluido su hogar, escuela u oficina, para ayudarlo si está experimentando una crisis de salud conductual. Llame a la Línea de crisis de salud conductual al 877-223-4617, en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si está experimentando una crisis de salud conductual.

Atención de la salud para la mujer

No necesita una derivación de su PCP si:

- Está embarazada y necesita servicios relacionados con el embarazo
- Necesita servicios de obstetricia y ginecología
- Necesita servicios de planificación familiar
- Debe realizarse un examen pélvico o de mamas

Planificación familiar

Puede acudir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. También puede visitar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. No necesita una derivación de su PCP para los servicios de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar incluyen:

- Anticonceptivos
- Dispositivos anticonceptivos como dispositivo

intrauterino (DIU), dispositivos anticonceptivos implantables y otros que están disponibles con receta

- Anticonceptivos de emergencia
- Servicios de esterilización
- Pruebas, tratamiento y asesoramiento sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) e infección de transmisión sexual (ITS)
- Evaluaciones para la detección del cáncer y otras afecciones relacionadas

Evaluaciones para niños

No necesita una derivación para obtener servicios de evaluación para niños o servicios escolares.

Servicios del Departamento de salud local

No necesita una derivación para obtener servicios de su Departamento de salud local.

Emergencias

Siempre tiene cobertura para emergencias. Una afección médica o conductual de emergencia es una situación en la que su vida podría verse amenazada,

Si cree que tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase al departamento de emergencias más cercano.

- Puede acudir a cualquier hospital u otro establecimiento para recibir atención de emergencia
- **No necesita** la aprobación de su plan de salud ni de su PCP antes de recibir atención de emergencia, y no está obligado a usar nuestros hospitales o médicos
- **Si no está seguro, llame a su proveedor de atención primaria (PCP) en cualquier momento, de día o de noche.** Dígale a la persona con la que habla lo que está sucediendo. El equipo de su PCP hará lo siguiente:
 - Le dirá qué hacer en casa
 - Le dirá que vaya al consultorio del PCP
 - Le informará sobre los servicios comunitarios que puede obtener, como un refugio
 - Le dirá que acuda al Departamento de emergencias de atención de urgencia más cercano

Recuerde: Si necesita hablar con su PCP después del horario de atención o fines de semana, deje un mensaje sobre cómo podemos comunicarnos con usted. Su PCP se comunicará con usted lo antes posible.

- **Si se encuentra fuera del área cuando tiene una emergencia:**

- Diríjase al Departamento de Emergencias más cercano

Recuerde: Utilice el Departamento de Emergencias solo si tiene una emergencia. Si tiene preguntas, llame a su PCP o a Servicios para Miembros y Beneficiarios de Alliance Health al **800-510-9132**.

Si necesita ayuda con una situación de salud mental o consumo de drogas, se siente estresado o preocupado, o necesita que alguien hable con usted, puede llamar a la Línea de crisis de salud conductual al 877-223-4617, en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

o podría lesionarse de forma permanente si no recibe atención de inmediato. Algunos ejemplos de una emergencia son:

- Un ataque cardíaco o dolor intenso en el pecho
- Sangrado que no se detiene o quemadura grave
- Huesos rotos Dificultad para respirar, convulsiones
- o pérdida del conocimiento
- Cuando siente que podría lastimarse a sí mismo o a los demás
- Si está embarazada y tiene signos como dolor, sangrado, fiebre o vómitos
- Sobredosis de un fármaco

Algunos ejemplos de casos que no son de emergencia son resfríos, malestar estomacal o cortes y moretones menores. Las situaciones que no son una emergencia también pueden ser problemas familiares o una ruptura.

Atención de urgencia

Es posible que tenga una lesión o enfermedad que no sea una emergencia, pero que aún necesite atención y cuidado inmediatos. Esto podría ser:

- Un niño con dolor de oído que se despierta en medio de la noche y no deja de llorar
- La gripe
- Un corte que necesita puntos
- Un esguince de tobillo
- Una astilla grande que no puede quitar

Ya sea que esté en su casa o fuera de ella, puede ir a una clínica de atención de urgencia para recibir atención el mismo día o programar una cita para el día siguiente. Si desea ayuda para programar una cita:

- Llame a su PCP en cualquier momento del día o de la noche
- Si no puede comunicarse con su PCP, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-

510-9132. Dígale a la persona que responde lo que está sucediendo. Le dirán qué hacer

Atención fuera de Carolina del Norte y los Estados Unidos

En algunos casos, Alliance Health puede pagar los servicios de atención de la salud que reciba de un proveedor ubicado en la frontera de Carolina del Norte o en otro estado. Su PCP y Alliance Health pueden brindarle más información sobre qué proveedores y servicios están cubiertos fuera de Carolina del Norte por su plan de salud y cómo puede obtenerlos si es necesario.

- Si necesita atención de emergencia médicamente necesaria mientras viaja a cualquier lugar **dentro** de los Estados Unidos y sus territorios, Alliance Health pagará su atención
- Su plan de salud no pagará la atención recibida **fuera** de los Estados Unidos y sus territorios

Si tiene alguna pregunta sobre cómo obtener atención fuera de Carolina del Norte o los Estados Unidos, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.

Sus beneficios

NC Medicaid Managed Care proporciona **beneficios** o servicios de atención de la salud cubiertos por su plan de salud. El plan personalizado proporciona una serie de servicios de atención de la salud adicionales que puede obtener además de los que puede obtener a través de otros planes de salud de Medicaid.

Esta sección describe:

- Servicios cubiertos y no cubiertos. “Servicios cubiertos” significa que Alliance Health pagará los servicios. Estos también se denominan beneficios. “Servicios no cubiertos” significa que Alliance Health no pagará los servicios

- Qué hacer si tiene un problema con su plan de salud

Alliance Health le proporcionará o coordinará la mayoría de los servicios que necesite. Sus beneficios para la salud pueden ayudarlo a mantenerse lo más saludable posible si usted:

- Está embarazada
- Está enfermo o lesionado
- Experimenta un trastorno por consumo de sustancias o tiene necesidades de salud mental
- Necesita asistencia con tareas como comer, bañarse, vestirse u otras actividades de la vida diaria
- Necesita ayuda para llegar al consultorio del médico
- Necesita medicamentos

La siguiente sección describe los servicios específicos cubiertos por Alliance Health. Consulte a su proveedor de atención primaria (PCP) o llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios.

Puede obtener algunos servicios sin tener que pasar por su PCP. Estos incluyen atención primaria, atención de emergencia, servicios de salud de la mujer, servicios de planificación familiar, servicios de evaluación para niños, servicios escolares y algunos servicios de salud conductual, incluidos los servicios móviles para crisis. Puede encontrar más información sobre estos servicios en la página 12.

Servicios cubiertos por la red de Alliance Health

Debe obtener los siguientes servicios de los proveedores que están en la red de Alliance Health. Los servicios deben ser médicamente necesarios y proporcionados, coordinados o derivados por su PCP. Hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 si tiene preguntas o necesita ayuda.

Atención de la salud regular

- Visitas al consultorio de su PCP, incluidos controles regulares, análisis de laboratorio y pruebas de rutina
- Derivaciones a especialistas
- Exámenes de la vista/audición
- Atención del bebé sano
- Atención del niño sano
- Vacunas para niños y adultos
- Servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) para miembros menores de 21 años (consulte la página 30 para obtener más información sobre los servicios de EPSDT)
- Ayuda para dejar de fumar u otro consumo de tabaco

Atención de maternidad

- Atención prenatal, de parto y posparto
- Clases de educación sobre el parto
- Servicios profesionales y hospitalarios relacionados con la atención materna y el parto
- 1 visita domiciliar posparto médicamente necesaria para la atención y evaluación del recién nacido después del alta hospitalaria, pero a más tardar 60 días después del parto
- Servicios de administración de atención para embarazos de alto riesgo durante el embarazo y durante 2 meses después del parto (consulte la página 15 para obtener más información)

Atención hospitalaria

- Atención para pacientes hospitalizados
- Atención ambulatoria
- Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas

Servicios de salud conductual (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias)

La atención de salud conductual incluye servicios de rehabilitación y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (alcohol y drogas) y salud mental (su bienestar emocional, psicológico y social). Todos los miembros tienen acceso a servicios para ayudar con problemas de salud mental como depresión o ansiedad, o para ayudar con trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias.

Los servicios de salud conductual **cubiertos** por Alliance Health incluyen:

- Tratamiento asertivo comunitario (ACT)
- Servicios de crisis de salud conductual y servicios de gestión de retiros
- Servicios de crisis en centros para niños y adolescentes
- Servicios móviles de gestión de crisis
- Servicios de tratamiento profesional en un programa de crisis en un centro
- Servicios de desintoxicación ambulatoria
- Estabilización de crisis de desintoxicación supervisada médicamente o en un centro de tratamiento de abuso de alcohol y drogas
- Servicios de desintoxicación médica no hospitalaria
- Servicios de tratamiento diurno para niños y adolescentes
- Equipo de apoyo comunitario (Community support team, CST)
- Servicios de evaluación de diagnóstico
- Servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) para miembros menores de 21 años
- Servicios de terapia multisistémica
- Servicios intensivos en el hogar
- Servicios de salud conductual para pacientes hospitalizados

- Servicios del departamento de emergencias de salud conductual para pacientes ambulatorios
- Servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios proporcionados por proveedores inscritos directamente
- Hospitalización parcial
- Servicios de apoyo entre pares
- Centros de tratamiento residencial psiquiátrico (Psychiatric residential treatment facilities, PRTF)
- Servicios psicológicos en departamentos de salud y centros de salud escolares patrocinados por departamentos de salud
- Rehabilitación psicosocial
- Research-based intensive behavioral health treatment
- Tratamiento intensivo de salud conductual basado en investigaciones
- Servicios de centros de tratamiento residencial para niños y adolescentes
- Servicios para trastornos por consumo de sustancias
- Servicios de tratamiento con opioides para pacientes ambulatorios
- Tratamiento integral para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (Substance Abuse Comprehensive Out Outpatient Treatment, SACOT)
- Programa intensivo de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (Substance abuse intensive outpatient program, SAIOP)
- Tratamiento residencial monitoreado médicamente por abuso de sustancias
- Tratamiento residencial comunitario no médico por abuso de sustancias

Servicios para discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD)

El plan personalizado cubre servicios especiales para personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo:

- Centros de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (Intermediate care facilities for individuals with intellectual disabilities, ICF-IID)
- Servicios de exención de Innovations, para personas inscritas en NC Innovations Waiver

Los servicios de exención de NC Innovations apoyan a las personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo para que vivan la vida que elijan. Las personas reciben servicios en su hogar o en la comunidad.

- **Solicitar los servicios de exención de NC Innovations.** Para averiguar si usted o un familiar son elegibles para recibir los servicios de exención de NC Innovations, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 o comuníquese con su administrador de atención

- **Elegibilidad para los servicios de exención de NC Innovations.** Un miembro que tiene una discapacidad intelectual o una afección que genera las mismas necesidades que alguien que tiene una discapacidad intelectual puede ser elegible para los servicios de exención de NC Innovations. Puede ser elegible para participar en la exención de NC Innovations si cumple con varios requisitos relacionados con el nivel de sus necesidades y sus condiciones de vida

Los servicios de exención de NC Innovations son limitados. Si se determina que usted es potencialmente elegible y no hay vacantes disponibles, su nombre o el de su familiar se colocará en el Registro de necesidades insatisfechas, también denominado “Lista de espera de Innovations”. Alliance Health puede ayudarlos a usted o a su familiar a obtener otros servicios de apoyo, incluidos los servicios 1915(i) o financiados por el estado, mientras usted o su familiar están en la lista de espera.

Los participantes de la exención de NC Innovations pueden consultar el suplemento de exención de NC Innovations del Manual para miembros para obtener más información sobre

la exención de NC Innovations, llamar a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 o comunicarse con su administrador de atención.

Servicios 1915(i)

Alliance Health ofrece servicios adicionales para abordar las necesidades relacionadas con un trastorno de salud mental, trastorno por consumo de sustancias, I/DD o TBI. Estos incluyen:

- La vida en la comunidad y el apoyo o
- Transición comunitaria
- Apoyo individual y de transición
- Relevo
- Servicios de empleo respaldados

Servicios de exención por lesión cerebral traumática

En los condados en los que Alliance Health presta servicios, las personas con una lesión cerebral traumática (TBI) pueden obtener servicios especiales de exención por TBI de NC en su hogar o comunidad.

- **Solicitud de servicios de exención por TBI de NC.** Para averiguar si usted o un familiar son elegibles para recibir los servicios de exención por TBI de NC, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 o comuníquese con su administrador de atención
- **Elegibilidad para los servicios de exención por TBI de NC.** Un miembro adulto que haya experimentado una TBI antes de cumplir 18 años con necesidades de salud cognitiva, conductual o física puede ser elegible para los servicios de exención por TBI de NC. Puede ser elegible para participar en la exención por TBI de NC si cumple con varios requisitos relacionados con el nivel de sus necesidades y sus condiciones de vida

Los servicios de exención por TBI de NC son limitados. Si no hay vacantes de servicios, su nombre o el de su familiar se agregará a una lista

de espera. Alliance Health puede ayudarlos a usted o a su familiar a obtener otros servicios de apoyo mientras están en la lista de espera.

Los participantes de la exención por TBI de NC pueden consultar el suplemento de exención por TBI de NC del Manual para miembros para obtener más información o llamar a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 o comunicarse con su administrador de atención.

Servicios de salud en el hogar

- Debe ser médicamente necesario y organizado por Alliance Health
- Servicios de enfermería especializada con límite de tiempo
- Terapias especializadas, que incluyen fisioterapia, patología del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional
- Servicios de asistente de salud en el hogar para ayudar con actividades como bañarse, vestirse, preparar comidas y hacer las tareas domésticas
- Equipos y suministros médicos

Servicios de atención personal

- Debe ser médicamente necesario y estar organizado por Alliance Health
- Ayuda con actividades frecuentes de la vida diaria, como comer, vestirse y bañarse, para personas con discapacidades y afecciones de salud continuas

Cuidados paliativos

- Alliance Health coordinará los cuidados paliativos si son médicamente necesarios
- Los centros para cuidados paliativos ayudan a los pacientes y a sus familias con las necesidades especiales que surgen durante las etapas finales de la enfermedad y después de la muerte
- Los centros para cuidados paliativos proporcionan atención de la salud, de apoyo y cuidados paliativos a personas con

enfermedades terminales y a sus familias o cuidadores

- Puede recibir estos servicios en su hogar, en un hospital o en un asilo para ancianos

Atención de la vista

Alliance ha contratado a Avesis para administrar sus beneficios de la vista. Avesis y Alliance están disponibles para ayudarlo a acceder tanto a la atención de la vista de rutina como al tratamiento de la vista que requiere los servicios de un especialista en atención de la vista. Para comunicarse directamente con Avesis para obtener información sobre sus beneficios o para encontrar un proveedor dentro de la red cerca suyo, llame al 866-425-9584. Alliance Member and Recipient Services también está disponible para brindarle esta asistencia y puede comunicarse con usted llamando al 800-510-9132. A continuación, encontrará información adicional sobre sus beneficios de la vista:

- Servicios proporcionados por oftalmólogos y optómetras, incluidos exámenes de la vista de rutina, lentes de contacto médicamente necesarios y cargos por entrega de anteojos. Los ópticos también pueden adaptar y dispensar lentes de contacto y anteojos médicamente necesarios
- Derivaciones a especialistas para enfermedades o defectos oculares, si es necesario
- La fabricación de anteojos, incluidos anteojos completos, lentes para anteojos y marcos oftálmicos, se le proporciona a través del programa NC Medicaid Direct. Aunque estos anteojos están cubiertos a través de NC Medicaid Direct, los proveedores de Alliance Health a través de Avesis que trabajan en un consultorio que ofrece exámenes de la vista y anteojos deben proporcionarle su receta de anteojos, y le proporcionarán y ayudarán a ajustar sus anteojos que están cubiertos por NC Medicaid Direct (consulte la página 32 para obtener más información sobre los beneficios cubiertos por Medicaid, pero no a través de su plan de salud)

Farmacia

- Medicamentos recetados
- Algunos medicamentos que se venden sin receta (también llamados “de venta libre”), como los medicamentos para la alergia
- Insulina y otros suministros para diabéticos como jeringas, tiras reactivas, lancetas y lapiceras de insulina
- Agentes para dejar de fumar, incluidos los productos de venta libre
- Anticonceptivos de emergencia
- Suministros médicos y quirúrgicos: disponibles a través de farmacias y proveedores de equipos médicos duraderos (durable medical equipment, DME)
- También proporcionamos un programa de bloqueo de administración para los beneficiarios que ayuda a identificar a los miembros que están en riesgo de un posible uso excesivo o indebido de analgésicos (analgésicos opioides) y medicamentos para los nervios (benzodiazepinas y ciertos ansiolíticos). Consulte la página 28 para obtener más información sobre nuestro programa de bloqueo de farmacia

Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia
- Después de que haya recibido atención de emergencia, es posible que necesite otra atención para asegurarse de permanecer en estado estable
- Según la necesidad, es posible que reciba tratamiento en el Departamento de Emergencias, en una habitación de hospital para pacientes hospitalizados o en otro entorno
- Para obtener más información sobre los servicios de emergencia, consulte la página 13

Atención especializada

- Servicios de atención respiratoria
- Servicios de podología
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de atención cardíaca
- Servicios quirúrgicos

Servicios en asilos para ancianos

- Debe ser ordenado por un médico y autorizado por Alliance Health
- Incluye estadías a corto plazo o de rehabilitación y atención a largo plazo por hasta 90 días consecutivos. Después del día 90, sus servicios de enfermería estarán cubiertos por NC Medicaid Direct y no por Alliance Health. Hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 (TTY: 711) si tiene preguntas
- Los servicios cubiertos en asilos para ancianos incluyen supervisión médica, atención de enfermería las 24 horas, asistencia con la vida diaria, fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y del lenguaje
- Los servicios en asilos para ancianos deben provenir de un asilo para ancianos que esté en la red de proveedores de Alliance Health. Llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 (TTY: 711) para obtener ayuda con preguntas sobre proveedores de asilos para ancianos y redes del plan

Servicios de transporte

- **Emergencia:** si necesita transporte de emergencia (una ambulancia), llame al 911.
- **Que no son de emergencia:** Alliance Health puede coordinar y pagar su transporte para ayudarlo a llegar y regresar de sus citas para recibir atención cubierta por Medicaid. Este servicio es gratuito para usted. Si necesita que un asistente lo acompañe a la cita con su médico, o si su hijo (menor de 18 años) es miembro del plan de salud, el transporte también está cubierto para el asistente, el padre, la madre o

el tutor. El transporte que no es de emergencia incluye vehículos personales, taxis, camionetas, miniautobuses, transporte áreas montañosas y transporte público. **Los miembros de NC Health Choice no son elegibles para recibir servicios de transporte que no son de emergencia.**

Cómo obtener transporte que no es de emergencia

Los miembros deben coordinar el transporte con la mayor anticipación posible, pero no menos de dos días hábiles antes de su cita. Llame al 855-759-9600 para programar el transporte.

Alliance Health ha contratado a Modivcare para proporcionar transporte médico que no es de emergencia. Como miembro de Alliance, hay varias maneras en las que puede acceder al transporte. Puede comunicarse directamente con Modivcare hasta 2 días hábiles antes de su cita al 855-759-9600. Si necesita transporte urgente, puede programarlo en cualquier momento. Un representante de Servicio al Cliente de Modivcare está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para ayudarlo a reservar el transporte. Además, puede programar el transporte a través de su portal web en modivcare.com/login. Necesitará su número de Medicaid para programar la cita en línea. También puede comunicarse con Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 hasta 2 días hábiles antes de su cita para coordinar el transporte hacia y desde su cita.

Las citas cubiertas son para servicios cubiertos por Medicaid y serán al proveedor apropiado más cercano. El modo de transporte se basará en su nivel de necesidad. Puede ser en taxis, camionetas, miniautobuses, transportes en áreas montañosas, transporte público o vehículos personales. Si tiene acceso a un vehículo o alguien está disponible para proporcionarle transporte, en ciertas condiciones, puede calificar para el reembolso de combustible. Servicios para Miembros y Beneficiarios proporcionará información sobre nuestro programa de reembolso de combustible cuando llame.

Cuando un conductor llegue a recogerlo, esperará hasta 5 minutos después de su llegada para recogerlo. Si ya no necesita transporte para ir a una cita, notifíquelo a Modivcare al 855-759-9600 para que puedan liberar al conductor programado. Si le negamos los servicios de transporte, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte la página 38 para obtener más información sobre las apelaciones. Si tiene preguntas sobre el transporte, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.

Para ciertos tipos de viajes, Alliance Health puede necesitar revisar la solicitud o requerir información adicional antes de que podamos programar el viaje. Esto se denomina “autorización previa” (consulte la página 34 para obtener más información sobre la autorización de servicios). Los siguientes tipos de viajes deben ser revisados por nosotros o requerir información adicional antes de que podamos programar el viaje:

- Viajes de más de 75 millas
- Viajes fuera del estado que estén a más de 75 millas de la ubicación de retiro del miembro
- Viajes que no son de emergencia proporcionados en una ambulancia
- Viajes que requerirán estadías nocturnas

Puede solicitarse alojamiento cuando un servicio médico justifica que el miembro (y el asistente cuando se requiere) viaje más de 3 horas para asistir a una cita médica o cuando la afección médica de un miembro que requiera o necesite tratamiento justifique una estadía nocturna cerca de la ubicación del proveedor que lo atiende.

Los miembros y los asistentes, cuando sea necesario, son elegibles para el reembolso de comidas de la siguiente manera:

- Desayuno: cuando un miembro sale para una cita antes de las 6:00 a. m.
- Almuerzo: cuando un miembro recibe la aprobación para un alojamiento nocturno
- Cena: cuando un miembro no regresará de un viaje antes de las 8:00 p. m. 8 p.m.

Puede obtener información adicional sobre nuestra política de transporte médico que no es de emergencia llamando a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.

Servicios para Miembros y Beneficiarios puede proporcionar información como:

- Cómo solicitar, programar o cancelar un viaje
- Cualquier limitación en los servicios de transporte médico que no son de emergencia services
- Conducta y procedimientos esperados del miembro para “no presentarse”
- Cómo obtener el reembolso de millas si utiliza su propio automóvil

Cuando tome un traslado a su cita, puede esperar lo siguiente:

- Poder llegar a su cita a tiempo y no antes de 1 hora antes de la cita
- No tener que esperar más de 1 hora después de la cita para un traslado a casa
- No tener que salir de la cita antes

Si no está de acuerdo con una decisión tomada sobre sus servicios de transporte, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte la página 38 para obtener más información sobre las apelaciones. Si no está satisfecho con su servicio de transporte, puede presentar una queja formal. Consulte la página 42 para obtener más información sobre las quejas formales.

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Si tiene una determinada afección médica o discapacidad, es posible que necesite ayuda con las actividades diarias, como comer, bañarse o hacer las tareas domésticas. Puede obtener ayuda a través de un beneficio de Alliance Health denominado “Servicios y apoyo a largo plazo” (LTSS). Los servicios y apoyo a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) incluyen servicios como atención de la salud domiciliar y servicios de atención personal. Puede recibir LTSS en su hogar, en una comunidad o en un asilo para ancianos.

- Si necesita LTSS, puede tener un administrador de atención en su equipo de atención. Un “administrador de atención” es un profesional de la salud especialmente capacitado que trabaja con usted y sus médicos y otros proveedores de su elección para asegurarse de que reciba la atención adecuada cuando y donde la necesite. Para obtener más información sobre lo que un administrador de atención puede hacer por usted, consulte “Apoyo adicional para administrar su salud” en la página 23
- Si sale de un asilo para ancianos y le preocupa la situación en la que vive, podemos ayudarlo. Nuestro especialista en vivienda puede conectarlo con opciones de vivienda. Llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 para obtener más información

Si tiene preguntas sobre el uso de los beneficios de LTSS, hable con su PCP, un miembro de su equipo de atención o llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.

Planificación familiar

Puede acudir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. También puede visitar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. No necesita una derivación de su PCP para los servicios de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar incluye:

- Anticonceptivos
- Dispositivos anticonceptivos como dispositivo intrauterino (DIU), dispositivos anticonceptivos implantables y otros que están disponibles con receta
- Anticonceptivos de emergencia
- Servicios de esterilización services
- Pruebas, tratamiento y asesoramiento sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) e infección de transmisión sexual (ITS)
- Evaluaciones para la detección del cáncer y otras afecciones relacionadas

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico duradero/Prótesis/Ortesis
- Productos y servicios de audífonos
- Telesalud
- Apoyo adicional para administrar su salud (consulte la página 23 para obtener más información)
- Terapia de infusión en el hogar
- Servicios de la Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, RHC)
- Servicios del Centro de Salud Federalmente Calificado (Federally Qualified Health Center, FQHC)
- Servicios del Departamento de Salud
- Servicios clínicos gratuitos

Servicios adicionales

Alliance Health ofrece más beneficios sin costo alguno para usted. Estos se denominan servicios adicionales. Es posible que algunos servicios adicionales solo estén disponibles para los miembros que califican. Alliance Health ofrece los siguientes servicios adicionales:

Beneficio	Descripción/límites
Campamentos de salud especializados para jóvenes, es decir, asma, diabetes, YMCA para el control del peso y la interacción social	Inscripción y participación en campamentos especializados y campamentos de verano con un enfoque en la salud y el bienestar de los jóvenes menores de 18 años
Clases de desarrollo educativo general (General Educational Development, GED)/alfabetización	Tarifas de inscripción por participar en clases de GED o alfabetización
Asistencia para dejar de fumar Quitline	Apoyo para dejar de fumar por parte de entrenadores capacitados, asesoramiento web y apoyo con mensajes de texto, acceso a ayudas para dejar de fumar (parches de nicotina y goma de mascar o pastillas)
Limpieza de alfombras (una vez al año, hasta \$100)	\$100 anuales para limpieza de alfombras residenciales para personas con asma
Aspiradora de filtro recogedor de partículas de alta eficiencia (High Efficiency Particle Arresting, HEPA) y filtros de repuesto	Beneficio de por vida de \$250 para repuestos de filtros HEPA y aspiradora
Unidad de aire acondicionado portátil o de ventana.	Beneficio único para personas con asma/enfermedad respiratoria (requiere orden del médico)

Clases de cocina

Tarifas de inscripción para que los miembros/ padres/tutores participen en clases de cocina saludable

Programa de teléfonos inteligentes Safelink

Teléfonos inteligentes con 350 minutos de llamadas mensuales, mensajes de texto ilimitados y 1 GB de datos mensuales

En lugar de los servicios

Alliance Health ofrece servicios o entornos que son sustituciones médicamente apropiadas y rentables para los servicios cubiertos por NC Medicaid. Estos se denominan servicios “en lugar de”.

Consulte el folleto “Lista de servicios disponibles en lugar de” que se proporciona con este manual. Para obtener una lista completa de los servicios prestados, visite Alliancehealthplan.org/tp/members/accessing-services/in-lieu-of-services-policy.

Servicios financiados por el estado

Alliance Health ofrece servicios adicionales de salud conductual, I/DD y TBI a los residentes que pueden no tener Medicaid, no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente. Estos servicios se denominan “servicios financiados por el estado”. La disponibilidad de estos servicios puede ser diferente de algunos servicios de Medicaid y puede estar disponible de manera limitada.

Si tiene alguna pregunta sobre los servicios financiados por el estado, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.

Apoyo adicional para administrar su salud (administración de atención personalizada)

Administrar su atención de la salud sola puede ser difícil, especialmente si está lidiando con muchos problemas de salud al mismo tiempo. Si

necesita apoyo adicional para estar y mantenerse saludable, podemos ayudarlo. Como miembro de Alliance Health, puede ser elegible para tener un administrador de atención en su equipo de atención de la salud, a menos que esté recibiendo ciertos servicios que ya proporcionan administración de atención. Un “administrador de atención” es un trabajador de atención de la salud especialmente capacitado que trabaja con usted y todos sus proveedores de atención de la salud, incluidos sus médicos, para asegurarse de que reciba la atención adecuada cuando y donde la necesite. Su administrador de atención sabe qué recursos están disponibles en su comunidad y trabajará con proveedores locales para brindarle la ayuda que necesita.

Su administrador de atención pertenecerá a uno de los siguientes grupos u organizaciones:

- **Advanced Medical Homes Plus (AMH+).** Ciertos proveedores de atención primaria (PCP) en todo el estado ven a muchos miembros del plan personalizado. Estos proveedores se denominan Advanced Medical Homes Plus (AMH+) y tienen mucha experiencia trabajando con personas con afecciones de salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo (I/DD) o una lesión cerebral traumática (TBI), y tendrán administradores de atención para ayudar a sus pacientes
- **Un proveedor local de servicios de salud conductual, I/DD o TBI.** Ciertos proveedores de servicios con experiencia en el trabajo con personas con afecciones de salud conductual, I/DD y TBI trabajarán con Alliance Health para proporcionar una administración de atención

personalizada para sus miembros. Estas organizaciones se denominan **Tailored Care Management providers (Proveedores de administración de la atención personalizada)**

- **Alliance Health.** Su administrador de atención puede trabajar para nosotros y lo ayudará a coordinar y conectarlo con servicios locales para abordar sus necesidades relacionadas con la salud

Si recibe servicios de exención de NC Innovations o exención por TBI de NC (consulte el suplemento de exención del Manual del miembro para obtener más información), su administrador de atención trabajará con esos proveedores y lo ayudará a obtener esos servicios.

Alliance Health lo pondrá en contacto con un administrador de atención que cuenta con capacitación especializada para satisfacer sus necesidades. Puede cambiar de administrador de atención dos veces al año por cualquier motivo y en cualquier momento si tiene un buen motivo (buena causa). Puede elegir no tener un administrador de atención en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.

Su administrador de atención puede:

- Ayudar a organizar sus citas y transporte de ida y vuelta a su médico

- Lo apoyará para alcanzar sus objetivos para manejar mejor sus afecciones de salud en curso
- Responderá preguntas sobre cómo actúan sus medicamentos y cómo tomarlos
- Hará un seguimiento con sus médicos o especialistas sobre su atención
- Lo conectará con recursos útiles en su comunidad
- Lo ayudará a continuar recibiendo la atención que necesita si cambia de plan de salud o de médico

Para ayudarle a manejar sus necesidades de atención de la salud, su administrador de atención le preguntará sobre sus inquietudes de salud y creará un plan de atención con su aporte en persona, que enumere sus objetivos específicos y las formas de alcanzarlos. Este plan de atención cubrirá su salud completa y otras necesidades relacionadas, incluidas las siguientes:

- Salud física
- Salud conductual
- I/DD
- TBI
- Servicios y apoyos a largo plazo
- Necesidades de recursos relacionados con la salud



Su administrador de atención puede usar sus registros médicos, conversaciones con otros proveedores de atención de la salud y servicios sociales, y otros documentos para ayudar a crear el plan de atención. El plan de atención también enumerará los servicios en la comunidad que pueden ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud. Su administrador de atención revisará su plan de atención al menos una vez al año o cuando sus circunstancias, necesidades o afección médica cambien significativamente. También puede solicitar una revisión de su plan de atención en cualquier momento.

Su administrador de atención trabajará con un equipo de profesionales de atención de la salud, proveedores de servicios y personas con vidas como la suya (p. ej., especialistas en apoyo de pares) que lo ayudarán a obtener servicios en su comunidad para abordar sus necesidades de atención. Su equipo de administración de atención personalizada generalmente incluirá a su PCP, proveedores de salud conductual, proveedores de I/DD y/o TBI, y otros profesionales de atención de la salud que pueden ayudarlo con sus necesidades y objetivos. Su administrador de atención le asignará a uno de los miembros de su equipo que le ayude a obtener cada servicio incluido en su plan de atención. Su administrador de atención puede trabajar con familiares y amigos en este equipo si usted lo desea.

Como parte del proceso de administración de atención personalizada, su administrador de atención se reunirá con usted regularmente, ya sea en persona, por teléfono o mediante videollamada. Su administrador de atención también tendrá conversaciones regulares con su equipo de administración de atención personalizada para asegurarse de que lo esté ayudando a progresar en sus objetivos de salud y a obtener los servicios que necesita. Su administrador de atención también hará un seguimiento y monitoreará los servicios que reciba para asegurarse de que estén coordinados. Sus necesidades y objetivos de salud estarán en el centro del proceso de administración de atención personalizada, y usted tendrá un papel importante en la creación de su plan de atención y en la toma de decisiones sobre su atención.

Recibirá información de Alliance Health por correo sobre lo siguiente:

- Su proveedor de administración de atención personalizada asignado y cómo hacer un cambio
- Cómo abandonar el programa de administración de atención personalizada
- Cuándo se compartirá su información con otras personas others
- Cómo presentar apelaciones y quejas

Su administrador de atención se comunicará con usted poco después de que se inscriba para averiguar qué cuidados necesita y para ayudarlo con las citas. Su administrador de atención o alguien de su equipo de atención está disponible para usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener más información sobre cómo puede obtener apoyo adicional para administrar su salud, hable con su PCP o administrador de atención, o llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.

Inclusión comunitaria

Algunos miembros pueden requerir servicios y apoyo que a veces se proporcionan en centros de atención a largo plazo, como un hospital psiquiátrico estatal, un hogar de atención para adultos (adult care home, ACH) o un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo (ICF-IID). Alliance Health se comunicará con las personas que viven en estos tipos de centros para explicarles la opción que tienen los miembros de abandonar estos centros y vivir en entornos comunitarios. Alliance Health también puede comunicarse con familiares y amigos con el permiso del miembro. Alliance Health trabajará con los miembros que vivan en este tipo de centros que elijan irse para crear un plan para recibir servicios en sus hogares y comunidades. Un administrador de atención

trabajar con el miembro para prepararlo para el traslado y continuará trabajando con él una vez que se mude a la comunidad para asegurarse de que tenga los servicios y apoyo adecuados.

Los miembros que abandonen los centros que requieran apoyo para vivienda a largo plazo también pueden ser elegibles para el programa Transitions to Community Living (TCL). Para obtener más información sobre los programas Community Inclusion y Transitions to Community Living de Alliance Health, comuníquese con su administrador de atención o llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.



Desvío

Alliance Health proporcionará intervenciones de desvío a los miembros elegibles que estén en riesgo de requerir apoyo en un entorno institucional o en un hogar de atención para adultos. Trabajaremos con usted para brindarle información y acceso a servicios comunitarios. Para aquellos que elijan Alliance Health proporcionará intervenciones de desvío a los miembros elegibles que estén en riesgo de requerir apoyo en un entorno institucional o en un hogar de atención para adultos. Trabajaremos con usted para brindarle información y acceso a servicios comunitarios. Para aquellos que elijan permanecer en la comunidad, trabajaremos con ellos para crear un plan de integración comunitaria para garantizar que esta decisión se basó en una elección informada, y para proporcionar servicios y apoyo, incluida la vivienda con apoyo permanente según sea necesario.

Sistema de atención

Alliance Health utilizará el modelo de sistema de atención para apoyar a los niños y jóvenes que reciben servicios de salud conductual. El modelo de sistema de atención de Carolina del Norte reúne un grupo de servicios comunitarios, incluidos los proporcionados por Alliance Health y los proporcionados a través de escuelas y otras

agencias estatales, como la justicia juvenil o el bienestar infantil. System of Care Family Partners está disponible para apoyar a las familias a fin de garantizar que los servicios que un niño y su familia reciben se coordinen, y aborden las necesidades y fortalezas específicas del niño y la familia. Family Partners también puede trabajar con las familias en el desarrollo de planes de atención. Para obtener más información, las familias pueden comunicarse con el administrador de atención de su hijo o pueden comunicarse con Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132. Las familias también pueden comunicarse con System of Care Community Collaborative local en Alliancehealthplan.org/members/services/children-and-family/system-of-care/ para obtener información sobre los recursos locales para los miembros de Alliance Health.

Ayuda con problemas más allá de la atención médica

Puede ser difícil concentrarse en su salud si tiene problemas con su vivienda o si le preocupa tener suficiente comida para alimentar a su familia. Alliance Health puede conectarlo con recursos en su comunidad para ayudarlo a manejar problemas más allá de su atención médica.

Llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 si:

- Tiene preocupación por su vivienda o condiciones de vida cambio
- Tiene problemas para obtener suficiente comida para alimentarse a usted mismo o a su familia
- Le resulta difícil llegar a las citas, al trabajo o a la escuela debido a problemas de transporte
- Tiene sensación de inseguridad o esta experimentando violencia doméstica o comunitaria. Si se encuentra en peligro inmediato, llame al 911

Otros programas para ayudarlo a mantenerse saludable

Alliance Health desea ayudarlos a usted y a su familia a estar y mantenerse saludables. Si desea dejar de fumar o es una madre primeriza que desea obtener más información sobre cómo alimentar mejor a su bebé, podemos ponerlo en contacto con el programa adecuado de apoyo.

Llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 para obtener más información sobre:

- Servicios para dejar de fumar para ayudarlo a dejar de fumar o consumir otros productos de tabacos
- Alliance Health desea ayudarlos a usted y a su familia a estar y mantenerse saludables. Si desea dejar de fumar o es una madre primeriza que desea obtener más información sobre cómo alimentar mejor a su bebé, podemos ponerlo en contacto con el programa adecuado de apoyo

Llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 para obtener más información sobre:

- Servicios para dejar de fumar para ayudarlo a dejar de fumar o consumir otros productos de tabacos
- Programa especial de nutrición complementaria para mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC)

- Programa de evaluación para recién nacidos
- Programa de evaluación de la audición
- Programa de intervención temprana

Programa de prevención del uso indebido de opioides

Los opioides son medicamentos recetados potentes que pueden ser la opción correcta para tratar el dolor intenso. Sin embargo, los opioides también pueden tener efectos secundarios graves, como adicción y sobredosis. Alliance Health apoya el uso seguro y adecuado de opioides a través de nuestro Programa de prevención del uso indebido de opioides. Si tiene alguna pregunta sobre nuestro programa, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.

Manejo del dolor

Para las personas con dolor crónico, el uso responsable de opioides puede ser un tratamiento eficaz, pero la epidemia de uso indebido de opioides ha llamado la atención sobre los riesgos. Existen medicamentos no opioides y otras terapias que se pueden usar para controlar el dolor crónico. Su administrador de atención del plan personalizado puede ayudarlo a trabajar con su médico de atención primaria para conectarlo con recursos para manejar su dolor crónico. Obtenga más información sobre el manejo del dolor en Allianceforaction.org/individuals/pain-management-2/.

Lock Your Meds

Asegúrese de que sus medicamentos no formen parte del problema. Asegúrelos correctamente u obtenga información sobre los sitios y las opciones de eliminación. Obtenga más información sobre Lock Your Meds en Allianceforaction.org/individuals/lock-or-dispose/.

Naloxona

La naloxona puede ayudar a prevenir las muertes por opioides al revertir los efectos de los opiáceos. Al igual que las personas con reacciones alérgicas

pueden portar inyectores de epinefrina, las personas portan naloxona en caso de sobredosis de opioides. La naloxona puede ser administrada por un familiar, amigo o cuidador, y a menudo salva vidas en los minutos críticos hasta que llega la ayuda médica. Puede solicitar naloxona, sin receta, en una farmacia o en su departamento de salud local a través de North Carolina Standing Order for Naloxone (Orden Permanente de Carolina del Norte para la naloxona). Obtenga más información sobre la naloxona y las farmacias participantes en Allianceforaction.org/individuals/naloxone/.

Tratamiento

Para las personas que usan indebidamente opiáceos, la recuperación es posible. Alliance ofrece tratamiento para el consumo de sustancias, incluido el tratamiento asistido con medicamentos. Su administrador de atención del plan personalizado puede ayudarlo a vincularlo con el tratamiento o puede encontrar un proveedor llamando a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 o en AllianceHealthPlan.org.

Programa de bloqueo de farmacia

El programa de bloqueo de administración para los beneficiarios ayuda a identificar a los miembros que están en riesgo de un posible uso excesivo o indebido de analgésicos (analgésicos opioides) y medicamentos para los nervios (benzodiacepinas y ciertos ansiolíticos). El programa de bloqueo de administración para los beneficiarios también ayuda a identificar a los miembros que obtienen los medicamentos de más de un médico que emite recetas (médico, personal de enfermería practicante o asistente médico). Si reúne los requisitos para este programa, Alliance Health solo pagará sus analgésicos y medicamentos para los nervios en las siguientes situaciones:

- Sus medicamentos serán ordenados por un médico que emite recetas. Tendrá la oportunidad de elegir un médico que emite recetas en la red de Alliance Health

- Se le surtirán estas recetas en una farmacia. Tendrá la oportunidad de elegir una farmacia de la red de Alliance Health

Si reúne los requisitos para el programa de bloqueo de administración para los beneficiarios, usted permanecerá en el programa durante un período de 2 años. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de que debería participar en el programa, puede apelar nuestra decisión antes de ser asignado al programa (consulte la página 38 para obtener más información sobre apelaciones).

Dejar de fumar

El consumo de tabaco y el vapeo causan problemas de salud graves. Dejar de fumar puede mejorar su salud, proteger a sus seres queridos del humo de segunda mano y ahorrarle dinero. Alliance se asocia con QuitlineNC para ofrecer apoyo de asesoramiento gratuito las 24 horas del día, los 7 días de la semana y terapia de reemplazo de nicotina. El programa para dejar de fumar de QuitlineNC ofrece a los beneficiarios de Medicaid 4 sesiones de asesoramiento (con asesoramiento en línea o mensajes de texto ilimitados) junto con 2 semanas de terapia de reemplazo de nicotina (nicotine replacement therapy, NRT)(parches para adicciones y goma de mascar/pastillas para urgencias) combinada con una receta para surtir 12 semanas adicionales de suministros de NRT en virtud de Medicaid.

Para apoyar mejor a los consumidores de tabaco con afecciones de salud mental, incluidos los trastornos por consumo de sustancias, QuitlineNC ahora ofrece un programa intensivo de salud conductual para dejar de fumar que incluye 7 sesiones de asesoramiento. Los miembros calificarán para el programa intensivo si le informan a su asesor para dejar de fumar que tienen una afección de salud conductual cuando se les pregunta, y también le informan que su afección de salud conductual afectará su capacidad para dejar de fumar. Consulte el folleto QuitLineNC quitlinenc.dph.ncdhhs.gov/docs/patient-resources/QuitlineNC-BehavioralHealth-bro-WEB.pdf para obtener más información.

QuitLineNC también ofrece un protocolo de embarazo para las mujeres que están embarazadas, que planifican quedar embarazadas en los próximos 3 meses, que están amamantando o 12 meses después del parto. Este programa consta de 10 sesiones de capacitación, apoyo ilimitado en línea o por mensaje de texto y 8 semanas de goma de mascar o pastillas de nicotina con una anulación médica.

El programa de cigarrillos electrónicos y vapeo de QuitLineNC ofrece apoyo en línea y por mensajes de texto, y tiene un programa especializado de mensajes de texto dirigido a los jóvenes. Su proveedor o administrador de atención del plan personalizado puede derivarlo a QuitlineNC o puede comunicarse directamente con ellos llamando al 800-QUITNOW, visite quitlinenc.dph.ncdhhs.gov/index.html, o llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 y podemos ayudarlo.

Campus libres de tabaco

Breathe Easy NC es una iniciativa estatal para apoyar a las personas con afecciones de salud conductual o IDD/TBI a dejar de fumar, al trabajar con proveedores de servicios para integrar el tratamiento del consumo de tabaco y hacer los campus libres de tabaco. Para apoyar vidas más largas, saludables y felices, NC Medicaid requerirá que las organizaciones médicas, de salud conductual y algunas organizaciones de IDD/TBI contratadas proporcionen un campus **100 % libre de tabaco**. No se requiere que las instalaciones residenciales de I/DD que se rijan con la norma de Servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) sean libres de tabaco. El propósito de este requisito es mejorar la salud de las personas a las que prestamos servicios apoyando el abandono del tabaco y protegiendo a las personas del humo de segunda mano. Para obtener más información sobre los campus libres de tabaco: breatheeasyinc.org/faq-clients-families-staff/.

PRTF – Administración de casos complejos (CCM)

El programa de administración de casos complejos (Complex Case Management, CCM) ayuda a nuestros miembros a lograr y mantener resultados positivos después del alta del programa LEAP, un programa de tratamiento residencial psiquiátrico especializado para niños con diagnóstico doble de salud mental y autismo concurrente. Los miembros elegibles trabajarán con los administradores de atención para completar evaluaciones que identificarán áreas de necesidad y desarrollarán planes de atención individualizados para abordar esas necesidades.

Los administradores de atención apoyarán a la familia del miembro en la creación de un equipo multidisciplinario que reúna a socios comunitarios, personal médico, apoyos naturales y familia en la planificación del tratamiento y la toma de decisiones. Los objetivos son reducir las barreras a los planes de alta para volver a la comunidad y garantizar que se implementen los servicios y apoyo adecuados para mantener una vida exitosa en la comunidad.

Alliance evalúa continuamente nuestra población, servicios, proveedores y recursos para evaluar la necesidad de programas adicionales de administración de casos complejos.

Programas de evaluación

Programa de evaluación de diagnósticos de MH-SUD concomitantes

Alliance Health ha identificado herramientas de evaluación para que los proveedores las completen con los miembros para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias concomitantes. Estas herramientas de evaluación están diseñadas para identificar si los miembros con necesidades de salud mental también tienen necesidades relacionadas con el consumo de sustancias y viceversa. Estas herramientas los ayudan a usted y a su proveedor a desarrollar un plan de tratamiento para satisfacer sus necesidades.

Programa de autoevaluación

La salud conductual, que incluye la salud mental, el consumo de sustancias y más, es una parte clave del bienestar general de todos. Las evaluaciones breves son la forma más rápida de determinar si usted o alguien que le importa debe comunicarse con un profesional de salud conductual. Debido a esto, Alliance Health ha puesto a disposición un programa de autoevaluación para ayudar a fomentar la comprensión de lo que los miembros o sus seres queridos pueden estar experimentando. Este programa es completamente anónimo y confidencial, e inmediatamente después del breve cuestionario, los miembros pueden ver sus resultados, recomendaciones y recursos clave. Estas evaluaciones están impulsadas por Screening for Mental Health/Mindwise, Inc.

Beneficios que puede obtener de Alliance Health O de un proveedor directo de NC Medicaid

Usted puede elegir dónde obtener algunos servicios. Puede obtener estos servicios de proveedores de la red de Alliance Health o de otro proveedor de Medicaid. No necesita una derivación de su proveedor de atención primaria (PCP) para obtener estos servicios. Si tiene alguna pregunta, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.

Prueba de detección del VIH e ITS

Su PCP o los médicos de Alliance Health pueden proporcionarle pruebas, tratamiento y servicios de asesoramiento para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y para infecciones de transmisión sexual (ITS) en cualquier momento. Cuando recibe este servicio como parte de una visita de planificación familiar, puede acudir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. No necesita una derivación cuando recibe este servicio como parte de una visita de planificación familiar.

Puede elegir ir a su PCP o al departamento de salud local para recibir diagnóstico y tratamiento. No necesita una derivación para acudir al departamento de salud local.

Evaluación, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT): el beneficio para la salud de Medicaid para miembros menores de 21 años

Los miembros menores de 21 años (excluidos los miembros de NC Health Choice) tienen acceso a un amplio menú de beneficios federales de atención de la salud denominados “Servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos”. La “garantía de EPSDT” cubre las visitas de bienestar y los servicios de tratamiento.

Evaluación y diagnóstico tempranos y periódicos

Estas visitas de “evaluación” son de atención de bienestar. Son gratuitos para miembros menores de 21 años. Estas visitas incluyen un examen completo, vacunas, y pruebas de la vista y de audición gratuitas. Su proveedor también controlará el crecimiento físico y emocional y el bienestar de su hijo en cada visita, y diagnosticará cualquier afección que pueda existir. En estas visitas, recibirá derivaciones a cualquier servicio de tratamiento que su hijo necesite para recuperarse y mantenerse sano.

La “T” en EPSDT: tratamiento para miembros menores de 21 años

A veces, los niños necesitan tratamiento médico para un problema de salud. Es posible que Alliance Health no ofrezca todos los servicios cubiertos por el programa federal de Medicaid. Cuando un niño necesita tratamiento, pagaremos cualquier servicio que cubra el plan Medicaid del gobierno federal. El tratamiento propuesto debe evaluarse en función de su capacidad para tratar, corregir o mejorar el problema o la afección de salud de su hijo. Esta decisión se toma específicamente para su hijo. Alliance Health no puede denegar el servicio a su hijo solo debido a un límite de la póliza. Además, no podemos denegar un servicio solo porque ese servicio no está incluido en nuestras pólizas de

cobertura. Debemos completar una revisión especial de EPSDT en estos casos.

Cuando Alliance Health aprueba servicios para niños, se aplican reglas importantes:

- No hay copagos para los servicios cubiertos por Medicaid para miembros menores de 21 años
- No hay límites sobre la frecuencia con la que se brinda un servicio o tratamiento
- No hay límite en la cantidad de servicios que el miembro puede obtener el mismo día
- Los servicios pueden prestarse en el mejor entorno para la salud del niño - esto podría incluir una escuela o entorno comunitario

Encontrará todo el menú de servicios cubiertos por Medicaid en la Ley del Seguro Social. El programa federal de Medicaid cubre un amplio menú de atención médica, que incluye:

- Servicios dentales

- Servicios integrales de evaluaciones de salud (controles de bienestar infantil, exámenes de desarrollo e inmunizaciones)
- Educación sobre la salud
- Servicios de audición
- Servicios de salud en el hogar
- Servicios de cuidados paliativos
- Inpatient and outpatient hospital services
- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Servicios de salud mental
- Servicios de atención personal
- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Medicamentos recetados
- Prótesis
- Servicios de rehabilitación y terapia para trastornos del habla, la audición y el lenguaje



- Transporte hacia y desde las citas médicas
- Servicios oftalmológicos
- Cualquier otro servicio de salud necesario para tratar, solucionar o mejorar un problema de salud

Si tiene preguntas sobre los servicios de EPSDT, hable con el PCP de su hijo. También puede obtener más información sobre la garantía federal de EPSDT en línea. Visite nuestro sitio web en AllianceHealthPlan.org o visite la página web de EPSDT de NC Medicaid en medicaid.ncdhhs.gov/medicaid/get-started/find-programs-and-services-right-you/medicaids-benefit-children-and-adolescents.

Beneficios cubiertos por NC Medicaid Direct, pero no por su plan de salud

Hay algunos servicios de Medicaid y NC Health Choice que Alliance Health **no** cubre, pero si los necesita, los servicios están cubiertos para usted por el programa NC Medicaid Direct. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid:

- Servicios dentales
- Servicios proporcionados o facturados por agencias de educación locales que están incluidos en el programa de educación individualizada de su hijo, el plan de servicio familiar individual, el plan de adaptación de la sección 504, el plan de salud individual o el plan de intervención conductual
- Servicios prestados y facturados por las Agencias de Desarrollo Infantil (Children's Developmental Services Agency, CDSA) o por un proveedor contratado por una CDSA para proporcionar esos servicios, que están incluidos en el plan de servicio familiar individualizado de su hijo
- Fabricación de anteojos, incluidos anteojos completos, lentes para anteojos y marcos de anteojos (consulte la página 18 para obtener más información sobre los servicios oftalmológicos)

Si tiene preguntas o necesita ayuda para acceder a los beneficios que solo puede obtener a través de NC Medicaid Direct, hable con su proveedor de atención primaria (PCP) o llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.

Servicios NO Cubiertos

A continuación, se presentan algunos ejemplos de servicios que **no están disponibles** de Alliance Health o NC Medicaid Direct. Si recibe alguno de estos servicios, es posible que deba pagar la factura:

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Artículos de bienestar personal, como cosméticos, novedades, tabaco o artículos de belleza
- Cuidado de los pies de rutina, excepto para beneficiarios con diabetes o una enfermedad vascular
- Circuncisión de rutina del recién nacido (la circuncisión médicamente necesaria está cubierta para todas las edades)
- Fármacos, procedimientos o pruebas de diagnóstico experimentales
- Tratamientos para la infertilidad
- Inversión de la esterilización
- Esterilización para pacientes menores de 21 años
- Fotografía médica
- Biorretroalimentación
- Hipnosis
- Análisis de sangre para determinar la paternidad (comuníquese con su agencia local de cumplimiento de la manutención infantil)
- Tratamiento quiropráctico no relacionado con el tratamiento de una luxación incompleta o parcial de una articulación de la columna vertebral
- Medicamentos para la disfunción eréctil
- Fármacos para bajar o aumentar de peso
- Liposucción
- “Abdominoplastia”

- Ecografía para determinar el sexo del niño
- Audífonos para beneficiarios mayores de 21 años
- Servicios de un proveedor que no forme parte de Alliance Health, a menos que sea un proveedor al que se le permita consultar como se describe en otra parte de este manual o si Alliance Health o su proveedor de atención primaria (PCP) lo envía a ese proveedor
- Servicios para los cuales necesita una derivación (aprobación) por adelantado y no la recibió
- Servicios para los cuales necesita autorización previa por adelantado y no la recibió
- Servicios médicos proporcionados fuera de los Estados Unidos
- Extracción de tatuajes

Esta lista no incluye todos los servicios que no están cubiertos. Para determinar si un servicio no está cubierto, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.

Un proveedor que acepta Medicaid generalmente no puede facturarle. Es posible que tenga que pagar por cualquier servicio que su PCP o Alliance Health no aprueben. O bien, si antes de recibir un servicio, usted acepta ser un paciente con “pago privado” o “autopago”, tendrá que pagar por el servicio. Esto incluye:

- Servicios no cubiertos (incluidos los mencionados anteriormente)
- Servicios no autorizados
- Servicios proporcionados por proveedores que no forman parte de Alliance Health

Si recibe una factura

Si recibe una factura por un tratamiento o servicio que no cree que deba, no la ignore. Llame de inmediato a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132. Podemos ayudarle a comprender por qué recibió una factura. Si usted no es responsable del pago, Alliance Health se comunicará con el proveedor y lo ayudará a solucionar el problema.

Tiene derecho a solicitar una apelación y una audiencia imparcial estatal si cree que se le pide que pague algo que Medicaid o Alliance Health debería cubrir. Consulte la sección Apelaciones en la página 38 de este manual para obtener más información. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.

Copagos para miembros del plan de salud

Es posible que algunos miembros deban pagar un copago. Un “copago” es un cargo que usted paga cuando recibe ciertos servicios de atención de la salud de un proveedor o recoge una receta de una farmacia.

Copagos si tiene Medicaid

Consulte el folleto “Copagos para miembros del plan de salud” que le proporcionaron con este manual para obtener información sobre los servicios para los que tiene que pagar un copago.

*NO hay copagos para los siguientes miembros o servicios:

- Miembros menores de 21 años
- Beneficiarias embarazadas
- Miembros que reciben cuidados paliativos
- Miembros tribales reconocidos a nivel federal
- Beneficiarios del Programa de control del cáncer de mama y cuello uterino de Carolina del Norte (North Carolina Breast and Cervical Cancer Control Program, NC BCCCP)
- Niños en cuidado tutelar
- Personas que viven en una institución que reciben cobertura para el costo de la atención
- Servicios de salud conductual
- Servicios de discapacidad intelectual/del desarrollo (I/DD)
- Servicios para lesión cerebral traumática (TBI)
- Un proveedor no puede negarse a prestar

servicios si usted no puede pagar su copago al momento del servicio. Si tiene alguna pregunta sobre los copagos de Medicaid, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132

Copagos si su hijo tiene NCHHealth Choice

Consulte el folleto “Copagos para miembros del plan de salud” que le proporcionaron con este manual para obtener información sobre los servicios para los que tiene que pagar un copago si su hijo cuenta con NC Health Choice.

Si tiene alguna pregunta sobre los copagos de NC Health Choice, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.

Si su PCP no puede satisfacer sus necesidades especiales, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 para obtener más información sobre cómo puede cambiar su PCP.

Autorización de servicio y acciones

Alliance Health deberá aprobar algunos tratamientos y servicios **antes de** que usted los reciba. Alliance Health también puede necesitar aprobar algunos tratamientos o servicios para que usted **continúe** recibéndolos. Esto se denomina “autorización previa”. Los siguientes tratamientos y servicios

deben aprobarse antes de que los **reciba** y están sujetos a cambios:

Servicios de atención de la salud física que requieren autorización previa:

- Todos los servicios fuera de la red, excepto los servicios de emergencia
- Todos los servicios que puedan considerarse experimentales o en investigación
- Todos los códigos varios/no enumerados o no especificados de otro modo, excepto el código CPT 99499, Administración y evaluación no enumeradas; este servicio no requiere autorización previa

- Todos los servicios no enumerados en la Lista de tarifas de Alliance Health Medicaid y NC Health Choice
- Todos los artículos no enumerados o varios, independientemente del costo
- Atención quiropráctica (se requiere autorización previa para miembros menores de 18 años)
- Implantación coclear
- Lentes de contacto (incluidas las tarifas de entrega)
- Equipo médico duradero (DME)
 - Artículos con cargos facturados iguales o superiores a \$500
 - Audífonos implantables de conducción ósea (bone conduction hearing aids, BAHA): deben estar aprobados por la FDA por encima de los límites de cantidad publicados por el estado
- Ambulancia aérea electiva
- Procedimientos electivos incluidos, entre otros, reemplazos articulares, laminectomías, fusiones espinales, discectomías, extirpación de venas, cirugías laparoscópicas/exploratorias
- Cirugías y procedimientos restrictivos gástricos
- Servicios de gastroenterología
- Servicios de reasignación de género
- Pruebas genéticas
- Servicios en el hogar:
 - Atención de la salud domiciliaria (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla) y enfermería especializada (después de visitas no administradas, independientemente de la modalidad)
 - Servicios de infusión en el hogar e inyecciones (consulte la lista de farmacias de códigos HCPCS que requieren autorización previa)
 - Servicios de asistente para la salud en el hogar
 - Servicios de enfermería privada (servicios de enfermería extendidos)

- Servicios de atención personal
 - Servicios de cuidados paliativos para pacientes internados
 - Oxígeno hiperbárico
 - Histerectomía (se requiere el formulario de consentimiento para la histerectomía)
 - Dispositivos implantados
 - Servicios para pacientes hospitalizados:
 - Todas las hospitalizaciones, incluidos los servicios médicos, quirúrgicos, de enfermería especializada, agudos a largo plazo y de rehabilitación
 - Ingresos obstétricos, partos de recién nacidos que excedan las 48 horas después del parto vaginal y 96 horas después de la cesárea
 - Desintoxicación médica: transferencias electivas para servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios entre centros de atención aguda. Ubicación inicial para atención a largo plazo (mientras esté inscrito en el plan, hasta 90 días)
 - Visitas a especialistas fuera de la red
 - Manejo del dolor (incluidos, entre otros):
 - Bombas de infusión externas
 - Neuroestimuladores de la médula espinal
 - Neuroestimuladores de la médula espinal
 - Bombas de infusión implantables
 - Ablación por radiofrecuencia
 - Bloqueos neurales
 - Inyecciones epidurales de corticoides
 - Cirugía plástica reconstructiva
 - Audífono de conducción ósea de banda blanda
 - Reemplazo del procesador de sonido de reemplazo idéntico, no cubierto por la garantía, reemplazo del procesador de sonido cuando se solicita un procesador actualizado
 - Reemplazo y reparación de piezas externas del implante auditivo en el tronco encefálico y coclear
 - Todos los procesadores de voz que no están cubiertos por la garantía
 - Reemplazo del procesador de voz cuando la solicitud es para un procesador mejorado
 - Servicios quirúrgicos que pueden considerarse cosméticos, incluidos los siguientes:
 - Blefaroplastia
 - Mastectomía para ginecomastia
 - Maxilofacial (todos los códigos aplicables)
 - Paniculectomía
 - Septoplastia
 - Terapia (del habla, ocupacional, física)
 - La terapia del habla, ocupacional y física requieren autorización previa después de visitas no administradas por modalidad por año calendario - esto aplica a los servicios privados y ambulatorios en centros
 - No se requiere la aprobación previa de la interrupción del embarazo - sin embargo, la certificación de aborto del médico debe completarse de acuerdo con las instrucciones
 - Trasplantes, incluidas las evaluaciones de trasplante
 - Servicios de radiología seleccionados
- Servicios de salud conductual que requieren autorización previa:**
- Tratamiento asertivo comunitario (Assertive Community Treatment, ACT)
 - Todos los servicios fuera de la red, excepto los servicios de emergencia
 - Desintoxicación ambulatoria
 - Salud conductual para pacientes hospitalizados
 - Hospitalización parcial por salud conductual
 - Equipo de apoyo comunitario (más allá de las unidades no administradas)
 - Servicios mejorados de salud mental y consumo de sustancias
 - Terapia electroconvulsiva (TEC)

- Estabilización de crisis de desintoxicación en un centro de tratamiento por abuso de alcohol o drogas supervisado médicamente/ADATC
- Gestión móvil de crisis (para unidades más allá de las 32 iniciales)
- Servicios de tratamiento profesional en programas de crisis en centros (ADD PASSTHRU)
- Servicios de exención de Innovations
- Centros de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual
- Desintoxicación médica no hospitalaria
- Tratamiento con opioides para pacientes ambulatorios
- Servicios de apoyo entre pares (después de 24 visitas no administradas en un año fiscal)
- Hospitalización psiquiátrica, incluido el Instituto de Enfermedades Mentales
- Centros de tratamiento residencial psiquiátrico (PRTF)
- Pruebas psicológicas (más allá de las visitas no administradas)
- Tratamiento de salud conductual basado en la investigación (Research-Based Behavioral Health Treatment, BH-BHT) para el autismo
- Servicios residenciales
- Servicios “en lugar de” aprobados por el estado
- Servicios de exención por TBI

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) que requieren autorización previa

- Alliance autorizará LTSS en función de la evaluación de necesidades actuales del miembro. El tratamiento será coherente con el plan centrado en la persona del miembro

Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina “solicitud de autorización de servicio”. Para obtener la aprobación de estos tratamientos o servicios, su proveedor o administrador de atención enviará una solicitud de autorización a través del Portal del sistema de reclamos de Alliance. Además del envío electrónico, usted o su proveedor pueden

llamar a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 para obtener asistencia para enviar una solicitud de autorización de servicio.

Algunos servicios no requieren autorización previa. Puede acceder directamente a los servicios que se enumeran a continuación, ya que no requieren autorización previa:

- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Primera evaluación de salud mental o consumo de sustancias realizada en un período de 12 meses
- Servicios de evaluación para niños

¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicio?

Alliance Health utiliza un grupo de profesionales de atención de la salud calificados para revisar su solicitud. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que solicitó esté cubierto por nuestro plan de salud y que lo ayude con su afección médica. El personal de enfermería, los médicos y los médicos clínicos de salud conductual de Alliance Health revisarán la solicitud de su proveedor.

Alliance Health utiliza políticas y guías aprobadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte (NCDHHS) para ver si el servicio es médicamente necesario.

A veces, Alliance Health puede rechazar o limitar una solicitud que su proveedor realiza. Esta decisión se denomina “determinación adversa de beneficios”. Cuando esto sucede, puede solicitar cualquier registro, norma y política que hayamos utilizado para decidir sobre su solicitud.

Si recibe una denegación y no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar una “apelación”. Puede llamar o enviar el formulario de apelación que encontrará con su aviso de decisión. Consulte la página 38 para obtener más información sobre las apelaciones.

Solicitudes de autorización previa para niños menores de 21 años (se aplica solo a miembros de Medicaid)

Se aplican reglas especiales a las decisiones para aprobar servicios médicos para niños menores de 21 años. Alliance Health no puede rechazar una solicitud para niños menores de 21 años solo debido a las pólizas, los límites o las reglas de nuestro plan. Debemos completar otra revisión para ayudar a aprobar la atención necesaria. Alliance Health utilizará las guías federales de EPSDT para esta revisión. Estas reglas ayudan a Alliance Health a analizar detenidamente:

- El problema de salud de su hijo
- El servicio o tratamiento que solicitó su proveedor

Alliance Health debe aprobar los servicios que no están incluidos en nuestras pólizas de cobertura cuando nuestro equipo de revisión determine que su hijo necesita recuperarse o mantenerse sano. Esto significa que el equipo de revisión de Alliance Health debe acordar con su proveedor que el servicio:

- Corregirá o mejorará un problema de salud
- Evitará que el problema de salud empeore
- Evitará el desarrollo de otros problemas de salud

Detalles importantes sobre los servicios cubiertos por la garantía federal de EPSDT

- Su proveedor debe solicitarle el servicio a Alliance Health
- Su proveedor debe solicitarnos que aprobemos los servicios que no están cubiertos por Alliance Health.
- Su proveedor debe explicar claramente por qué el servicio es necesario para ayudar a tratar el problema de salud de su hijo. El revisor de EPSDT de Alliance Health debe estar de acuerdo. Trabajaremos con su proveedor para obtener cualquier información que nuestro equipo necesite para tomar una decisión. Alliance Health

aplicará las reglas de EPSDT a la afección médica de su hijo. Su proveedor debe informarnos cómo el servicio ayudará a mejorar el problema de salud de su hijo o evitar que empeore.

Alliance Health debe aprobar estos servicios con una “revisión de EPSDT” antes de que le sean proporcionados.

Para obtener más información sobre el plan de salud de Medicaid para niños (EPSDT), consulte la página 30, visite nuestro sitio web en AllianceHealthPlan.org y visite el sitio web del estado de Carolina del Norte para obtener la garantía de EPSDT en medicaid.ncdhhs.gov/epsdt.

Autorización previa y plazos

Revisaremos su solicitud de autorización previa dentro de los siguientes plazos:

- **Revisión estándar:** se tomará una decisión en el plazo de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud
- **Revisión acelerada (vía rápida):** se tomará una decisión y usted recibirá noticias nuestras en el plazo de los 3 días posteriores a su solicitud
- En la mayoría de los casos, se le notificará con al menos 10 días de anticipación si se realiza algún cambio (para reducir, detener o restringir los servicios) en los servicios actuales. **Si aprobamos un servicio y usted ha comenzado a recibir ese servicio, no reduciremos, suspenderemos ni restringiremos el servicio durante el período de aprobación, a menos que determinemos que la aprobación se basó en información que se sabía que era incorrecta**
- Si rechazamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que se rechace el pago. Estos avisos no son facturas. **Usted no tendrá que pagar por ninguna atención que haya recibido y que haya sido cubierta por Alliance Health o Medicaid, incluso si luego rechazamos el pago al proveedor**

Información de Servicios para Miembros y Beneficiarios

Puede llamar a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 (TTY: 711) para obtener un PCP, preguntar sobre beneficios y servicios, obtener ayuda con derivaciones, reemplazar una tarjeta de Medicaid perdida, informar el nacimiento de un nuevo bebé o preguntar sobre cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios o los de su familia. Podemos responder cualquier pregunta sobre la información de este manual.

- Si el inglés no es su idioma materno, podemos ayudarlo. Simplemente llámenos y encontraremos una manera de hablar con usted en su propio idioma
- **Para personas con discapacidades:** si tiene dificultades auditivas o necesita asistencia para comunicarse, llámenos. Si está leyendo esto en nombre de alguien ciego, sordociego o que tiene dificultades para ver, podemos ayudarlo. Podemos decirle si el consultorio de un médico está equipado con dispositivos de comunicación especiales. Además, tenemos servicios como:
 - Una máquina TTY: nuestro número de teléfono de TTY es 711
 - Información en letra grande
 - Ayuda para programar citas o llegar a estas
 - Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su afección

Puede ayudar con las pólizas de los planes

Valoramos sus ideas. Puede ayudarnos a desarrollar pólizas que sirvan mejor a nuestros miembros. Tenemos varios comités miembros en nuestro plan de salud o con el NCDHHS, como:

- Comité Asesor de Miembros de Alliance Health (Alliance Health Member Advisory Committee) - un grupo que se reúne al menos trimestralmente, donde puede aportar información sobre nuestros programas y pólizas

- Comité Asesor de Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS) de Alliance Health: un grupo que se reúne al menos trimestralmente, donde puede aportar información sobre nuestros programas y pólizas de servicios y apoyos a largo plazo
- Comité Asesor de Atención Médica (Medical Care Advisory Committee, MCAC): un grupo estatal que brinda asesoramiento a NC Medicaid sobre las políticas de atención de la salud y la calidad de la atención de Medicaid y NC Health Choice
- Comité Asesor de Consumidores y Familias (Consumer and Family Advisory Committee, CFAC) estatal: un grupo estatal que brinda asesoramiento a NC Medicaid y a los legisladores para ayudarlos a planificar y administrar el programa de salud conductual del estado

Llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 para obtener más información sobre cómo puede ayudar.

Apelaciones de servicios de Medicaid

A veces, Alliance Health puede decidir rechazar o limitar una solicitud que su proveedor hace por usted para los beneficios o servicios de Medicaid ofrecidos por nuestro plan de salud. Esta decisión se denomina “determinación adversa de beneficios”. Recibirá una carta de Alliance Health en la que se le notificará cualquier determinación adversa de beneficios. Los miembros de Medicaid y NC Health Choice tienen derecho a apelar las determinaciones adversas de beneficios ante Alliance Health. Tiene 60 días a partir de la fecha de su carta para solicitar una apelación. Cuando los miembros no están de acuerdo con nuestras decisiones sobre una apelación, pueden solicitar una audiencia imparcial estatal a la Oficina de Audiencias Administrativas de NC.

Cuando solicita una apelación, Alliance Health tiene 30 días para darle una respuesta. Puede hacer preguntas y proporcionar cualquier actualización (incluidos nuevos documentos médicos de sus proveedores) que considere que nos ayudará a

aprobar su solicitud. Puede hacerlo en persona, por escrito o por teléfono.

Puede solicitar una apelación usted mismo. También puede pedirles ayuda a un amigo, familiar, proveedor o abogado. Puede llamar a Alliance Health al 919-651-8545 o visitar nuestro sitio web en AllianceHealthPlan.org si necesita ayuda con su solicitud de apelación. Es fácil solicitar una apelación utilizando una de las siguientes opciones:

- **CORREO:** complete y firme el formulario de solicitud de apelación en el aviso que reciba sobre nuestra decisión. Envíelo por correo a la dirección que figura en el formulario. Debemos recibir su formulario a más tardar 60 días después de la fecha del aviso
- **FAX:** complete, firme y envíe por fax el formulario de solicitud de apelación en el aviso que reciba sobre nuestra decisión. Encontrará el número de fax que figura en el formulario. Debemos recibir su formulario a más tardar 60 días después de la fecha del aviso
- **POR TELÉFONO:** llame al 919-651-8545 y solicite una apelación. Cuando apela, usted y cualquier persona que haya elegido para ayudarlo pueden ver los registros médicos y los criterios que Alliance Health utilizó para tomar la decisión. Si elige que alguien lo ayude, debe darle permiso

También puede comunicarse con **NC Medicaid Ombudsman** para obtener más información sobre sus opciones. Consulte la página 57 para obtener más información sobre NC Medicaid Ombudsman.

Apelaciones aceleradas (más rápidas)

Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión más rápida de su apelación cuando una demora cause un daño grave a su salud o a su capacidad para lograr, mantener o recuperar su buena salud. Esta revisión más rápida se denomina apelación acelerada.

Usted y su proveedor pueden solicitar una apelación acelerada llamándonos al 919-651-8545.

Puede solicitar una apelación acelerada por teléfono, por correo o por fax. Hay instrucciones en su formulario de solicitud de apelación que le indicarán cómo solicitar una apelación acelerada.

Solicitudes de apelaciones aceleradas por parte del proveedor

Si su proveedor nos solicita una apelación acelerada, tomaremos una decisión a más tardar 72 horas después de recibir su solicitud. Los llamaremos a usted y a su proveedor tan pronto como haya una decisión. Les enviaremos a usted y a su proveedor un aviso por escrito de nuestra decisión en el plazo de las 72 horas a partir del día en que recibimos la solicitud de apelación acelerada.

Solicitudes de apelaciones aceleradas por parte de los miembros

Alliance Health revisará todas las solicitudes de apelaciones aceleradas de los miembros. Si se rechaza su solicitud de apelación acelerada, lo llamaremos durante nuestro horario de atención inmediatamente después de nuestra decisión. También les informaremos a usted y al proveedor por escrito si se rechaza su solicitud y el motivo de nuestra decisión. Alliance Health le enviará por correo un aviso por escrito en un plazo de 2 días calendario.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de apelación acelerada, puede presentarnos una queja formal (consulte la página 42 para obtener más información sobre las quejas formales).

Cuando rechazamos la solicitud de apelación acelerada de un miembro, no es necesario presentar otra solicitud de apelación. La apelación se decidirá en el plazo de los 30 días de su solicitud. En todos los casos, revisaremos las apelaciones tan rápido como lo requiera la afección médica de un miembro.

Plazos para apelaciones estándares

Si tenemos toda la información que necesitamos, tomaremos una decisión sobre su apelación en el plazo de los 30 días a partir del día en que recibamos su solicitud de apelación. Le enviaremos por correo una carta para informarle sobre nuestra decisión. Si necesitamos más información para decidir sobre su apelación, nosotros:

- Le escribiremos y le diremos qué información se necesita
- Le explicaremos por qué la demora es lo mejor para usted
- Podríamos tomarnos 14 días adicionales para decidir su apelación si la solicita o si existe la necesidad de información adicional y la demora es lo mejor para usted

Si necesita más tiempo para recopilar registros y actualizaciones de su proveedor, simplemente pregunte. Usted o un ayudante que usted nombre pueden solicitarnos que demoremos su caso hasta que esté listo. Solicite una extensión llamando a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 o escribiendo a

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

Decisiones sobre apelaciones

Cuando decidamos sobre su apelación, le enviaremos una carta. Esta carta se denomina “Aviso de decisión”. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar una audiencia imparcial del estado en un plazo dentro de los 120 días a partir de la fecha del aviso de decisión.

Audiencias imparciales del estado

Si no está de acuerdo con la decisión de Alliance Health sobre su apelación, puede solicitar una audiencia imparcial del estado. En Carolina del Norte, las audiencias imparciales del estado incluyen una oferta de una sesión de mediación gratuita y

voluntaria. Esta reunión se lleva a cabo antes de la fecha de su audiencia imparcial del estado.

Mediaciones gratuitas y voluntarias

Cuando solicite una audiencia imparcial del estado, recibirá una llamada telefónica de la Red de Mediación de Carolina del Norte. La Red de Mediación lo llamará en el plazo de los 5 días hábiles después de que solicite una audiencia imparcial del estado. Durante esta llamada, se le ofrecerá una reunión de mediación. El estado ofrece esta reunión gratuita para ayudar a resolver su desacuerdo rápidamente. Estas reuniones se realizan por teléfono.

No es necesario que acepte esta reunión. Puede solicitar programar solo su audiencia imparcial del estado. Si acepta, un asesor de la Red de Mediación dirigirá su reunión. Esta persona no toma partido. También asistirá un miembro del equipo de revisión de Alliance Health. Si la reunión no ayuda con su desacuerdo, tendrá una audiencia imparcial del estado.

Audiencias imparciales del estado

La Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) de NC lleva a cabo audiencias imparciales del estado. Un juez de derecho administrativo revisará su solicitud junto con la información nueva que pueda tener. El juez tomará una decisión sobre su solicitud de servicio. Puede proporcionar cualquier actualización y datos que necesite en esta audiencia. Asistirá un miembro del equipo de revisión de Alliance Health. Puede hacer preguntas sobre la decisión de Alliance Health. El juez de su audiencia imparcial del estado no forma parte de Alliance Health de ninguna manera.

Es fácil solicitar una audiencia imparcial del estado. Utilice una de las siguientes opciones:

- **CORREO:** complete y firme el formulario de solicitud de audiencia imparcial del estado que viene con su aviso. Envíelo por correo a las direcciones que figuran en el formulario
- **FAX:** complete, firme y envíe por fax el formulario

de solicitud de audiencia imparcial del estado que viene con su aviso. Encontrará los números de fax que necesita en el formulario

- **POR TELÉFONO:** Llame a la OAH al 984-236-1860 y solicite una audiencia imparcial del estado. Recibirá ayuda con su solicitud durante esta llamada

Si no está satisfecho con la decisión de la audiencia imparcial del estado, puede apelar ante el Tribunal Superior de Carolina del Norte en el condado donde vive. Tiene **30 días** a partir del día en que recibe su decisión de su audiencia imparcial del estado para apelar ante el Tribunal Superior.

Audiencias imparciales del estado y decisiones de cancelación de la inscripción

Si no está de acuerdo con una decisión de cambiar su plan de salud, puede solicitar una audiencia imparcial del estado. El proceso para solicitar una audiencia imparcial del estado para las decisiones de cancelación de la inscripción es diferente del proceso para solicitar una audiencia imparcial del estado cuando Alliance Health limita o rechaza un servicio que usted solicitó. Para obtener más información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial del estado para tomar decisiones de cancelación de la inscripción, consulte la página 51.

Continuación de beneficios durante una apelación

A veces, la decisión de Alliance Health reduce o interrumpe un servicio de atención de la salud que ya está recibiendo. Puede solicitar continuar con este servicio sin cambios hasta que finalice su apelación. También puede pedirle a la persona que lo ayuda con su apelación que haga esa solicitud por usted. Su proveedor no puede solicitar que sus servicios continúen durante una apelación.

Las normas de esta sección son las mismas para las apelaciones y las audiencias imparciales del estado.

Existen normas especiales sobre la continuación de su servicio durante su apelación. Lea esta sección detenidamente.

Recibirá un aviso si Alliance Health reducirá o interrumpirá un servicio que esté recibiendo. Tiene 10 días naturales a partir de la fecha en que enviamos la carta para solicitar que sus servicios continúen. El aviso que reciba le indicará la fecha exacta y le explicará cómo solicitar que sus servicios continúen mientras usted apela.

Si solicita que sus servicios continúen, Alliance Health continuará con sus servicios desde el día en que usted solicite que continúen hasta que usted reciba su decisión de apelación. Usted o su representante autorizado pueden comunicarse con Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 o comunicarse con el Coordinador de Apelaciones en su carta de determinación adversa de beneficios para solicitar que su servicio continúe hasta que reciba una decisión sobre su apelación.

Es posible que su apelación no cambie la decisión que tomó el plan de salud sobre sus servicios.

Cuando esto sucede, Medicaid le permite a Alliance Health facturarle los servicios que pagamos durante su apelación. Debemos obtener la aprobación de NC Medicaid antes de poder facturarle los servicios que pagamos durante su apelación. Si Alliance decide intentar recuperar el costo de los servicios que se le prestaron durante el proceso de apelación, Alliance desarrollará un proceso de exención por dificultades económicas para miembros y obtendrá la aprobación previa del NCDHHS para cada instancia que Alliance busque recuperar.

Apelaciones durante su transición fuera de Alliance Health

Si decide abandonar Alliance Health, su apelación puede verse afectada por esta transición. Consulte a continuación para obtener información adicional sobre cómo procesaremos las apelaciones en la transición. Si pronto dejará nuestro plan de salud y tiene una apelación con nosotros, comuníquese con Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 para obtener información adicional.

Si se transfiere a otro plan de salud de Medicaid

en medio de una apelación, debe trabajar con su proveedor para enviar la solicitud a su nuevo plan de salud de Medicaid. Es posible que tengan servicios diferentes de los que ofrece Alliance y su proveedor debería poder ayudarlo a identificar los mejores servicios para satisfacer sus necesidades. Para cualquier servicio que Alliance haya autorizado, transmitiremos una copia de esa autorización a su nuevo plan de salud de Medicaid como parte de su transición.

Si tiene problemas con su plan de salud, puede presentar una queja formal

Esperamos que nuestro plan de salud le brinde un buen servicio. Si no está satisfecho o tiene un reclamo, puede hablar con su proveedor de atención primaria y puede llamar a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 o escribir en cualquier momento a:

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

POR CORREO ELECTRÓNICO:
Complaints@AllianceHealthPlan.org

Una queja formal y un reclamo son lo mismo.

Comunicarse con nosotros por una queja formal significa que no está satisfecho con su plan de salud, proveedor o sus servicios de salud. La mayoría de los problemas como este se pueden resolver de inmediato. Ya sea que resolvamos su problema de inmediato o necesitemos trabajar un poco, grabaremos su llamada, su problema y nuestra solución. Le informaremos que hemos recibido su queja formal por escrito. También le enviaremos un aviso por escrito cuando hayamos terminado de trabajar en su queja formal.

Puede pedirles a un familiar, amigo, proveedor o representante legal que le ayude con su reclamo

o proceso de reclamo. Si necesita nuestra ayuda debido a una discapacidad auditiva o visual, o si necesita servicios de traducción, o ayuda para completar cualquier formulario, podemos ayudarlo.

Puede comunicarse con nosotros por teléfono o por escrito en cualquier momento:

- Por teléfono, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Después del horario de atención, puede dejar un mensaje y nos comunicaremos con usted durante el siguiente día hábil
- Puede escribirnos con su reclamo a:

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

POR CORREO ELECTRÓNICO:
Complaints@AllianceHealthPlan.org

Resolución de su queja formal

Cuando se reciben quejas formales, nos aseguramos de que la persona o las personas que abordan la queja formal no hayan estado involucradas en ningún nivel previo de toma de decisiones relacionadas con la queja formal. El comité de Revisión de Calidad Clínica (Clinical Quality Review, CQR) de Alliance Health revisa las quejas formales que involucran la atención médica. Si existe una causa razonable para creer que un adulto con una discapacidad, un niño o un adolescente pueden ser abusados, descuidados o explotados, Alliance Health se comunicará con el Departamento de Servicios Sociales (DSS).

Le informaremos por escrito que recibimos su queja formal en el plazo de los 5 días de haberla recibido.

Inicialmente, intentaremos resolver el problema a través de conversaciones informales para llegar a un acuerdo. No intentaremos influir, limitar ni interferir con sus derechos o decisiones sobre una queja.

Como parte del proceso de resolución, podemos:

- Ofrecer a un miembro servicios alternativos
- Involucrarlos a usted o a su proveedor en conversaciones educativas o clínicas
- Participar en intentos informales para resolver los problemas

Revisaremos su reclamo y le informaremos cómo lo resolvimos por escrito en un plazo de 30 días a partir de la recepción de su reclamo.

Si su queja formal es sobre su solicitud de apelación acelerada (más rápida), le informaremos cómo la resolvimos por escrito en el plazo de los 5 días de haber recibido su reclamo. Si no está satisfecho con la resolución de su queja formal, puede presentar una apelación ante el director ejecutivo (Chief Executive Officer, CEO) de Alliance en el plazo de los 21 días posteriores a la recepción de su carta de resolución. Se proporcionará una decisión sobre la apelación en el plazo de los 20 días hábiles junto con otros derechos de apelación que puedan estar disponibles.

También puede comunicarse con el equipo de

Servicio al Cliente y Derechos Comunitarios del Departamento al 984-236-5300 o al número gratuito 855-262-1946 si no está satisfecho con la resolución de su queja formal.

Todas las quejas formales se procesan de conformidad con el procedimiento de Alliance n.º 6503: *Gestión e investigaciones de quejas formales*.

Transición de la atención

Su atención cuando cambia de opciones o proveedores de atención de la salud

- Si se une a Alliance Health desde otra opción de atención de la salud, trabajaremos con su opción de atención de la salud anterior para obtener su información médica, – como su historial de servicios, autorizaciones de servicios y otra información sobre su atención actual – en nuestros registros
- Puede terminar de recibir cualquier servicio que ya haya sido autorizado por su opción de atención de la salud anterior. Después de eso,



- si es necesario, lo ayudaremos a encontrar un proveedor en nuestra red para obtener cualquier servicio adicional si lo necesita
- En casi todos los casos, sus proveedores en virtud de su plan de salud anterior también serán proveedores de Alliance Health. Si su proveedor no forma parte de nuestra red, hay algunos casos en los que aún puede ver al proveedor que tenía antes de unirse a Alliance Health. Puede continuar viendo a su proveedor si:

En el momento en que se une a Alliance Health, está recibiendo un tratamiento continuo o tiene una afección especial continua, como una discapacidad intelectual/del desarrollo, un diagnóstico de salud mental, un trastorno por consumo de sustancias o una lesión cerebral traumática. En ese caso, puede solicitar conservar a su proveedor durante un máximo de 180 días.

Tiene más de 3 meses de embarazo cuando se inscribe en Alliance Health y recibe atención prenatal. En ese caso, puede conservar a su proveedor hasta después del parto y hasta 60 días de atención posparto.

Usted está embarazada cuando se une a Alliance Health y recibe servicios de un proveedor de tratamiento de salud conductual. En ese caso, puede conservar a su proveedor hasta después del parto.

Tiene una cirugía, un trasplante de órgano o una hospitalización ya programada con su proveedor. En estos casos, es posible que pueda permanecer con su proveedor durante el procedimiento programado, el alta hospitalaria y hasta 90 días de atención de seguimiento.

Tiene una enfermedad terminal y el proveedor le brinda apoyo en su atención. Se considera que tiene una enfermedad terminal si su proveedor le ha dicho que espera que tenga 6 meses o menos de vida. En ese caso, puede conservar a su proveedor durante el resto de su vida.

- Si su proveedor abandona Alliance Health, se lo informaremos por escrito en un plazo de 15 días a partir del momento en que sepamos que

esto sucederá. Si el proveedor que deja Alliance Health es su proveedor de atención primaria (PCP), se lo informaremos por escrito en un plazo de 7 días a partir del momento en que sepamos que esto sucederá. Le informaremos cómo puede elegir un nuevo PCP o cómo elegiremos uno por usted si no toma una decisión en el plazo de los 30 días

- Si desea continuar recibiendo atención de un proveedor que no pertenece a nuestra red:
 - Bajo ciertas condiciones, Alliance Health lo ayudará a continuar viendo al proveedor durante un período de transición
 - Puede comunicarse con Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 para obtener asistencia. Ellos le explicarán las opciones para continuar la atención con su proveedor. También puede notificar a su administrador de atención en Alliance Health en el plazo de los 45 días posteriores a la finalización de la relación laboral con su proveedor si desea continuar recibiendo atención de su proveedor
 - Puede haber algunos motivos por los que Alliance Health no pueda cumplir con su solicitud de ver a un proveedor que haya finalizado su participación en nuestra red. En estos casos, le informaremos en el plazo de los 15 días de su solicitud y le ayudaremos a conectarse con otros proveedores que puedan continuar con su atención
 - Si hay información disponible para tomar esta decisión en tiempo real, se lo informaremos por teléfono. Las decisiones tomadas después de recibir su solicitud se comunicarán por escrito
 - Alliance Health lo ayudará a cambiarse a un nuevo administrador de atención si es necesario. Su administrador de atención actual y su nuevo administrador de atención trabajarán juntos para elaborar un plan para asegurarse de que usted continúe recibiendo la atención que necesita

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132.

Derechos y responsabilidades de los miembros

Como miembro de Alliance Health, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Alliance Health respetará sus derechos y se asegurará de que nadie que trabaje para nuestro plan de salud, ni ninguno de nuestros proveedores, le impida ejercer sus derechos. Además, nos aseguraremos de que conozca sus responsabilidades como miembro de nuestro plan de salud. Para obtener una lista completa de sus derechos y responsabilidades como miembro de Alliance Health, visite nuestro sitio web en Alliancehealthplan.org/members/information/rights/ o llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 para obtener una copia.

Sus derechos

Como miembro de Alliance Health, usted tiene derecho a:

- Recibir atención con respeto, dignidad y privacidad independientemente del estado de salud, sexo, raza, color, religión, nacionalidad, edad, estado civil, orientación sexual o identidad de género
- Recibir información sobre los servicios disponibles para usted
- Recibir información sobre dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de Alliance Health
- Recibir información sobre sus opciones al recibir servicios para que usted o su tutor puedan tomar una decisión informada
- Que su proveedor de atención primaria (PCP) le informe qué problemas de salud puede tener, qué se puede hacer por usted y cuál será el resultado, de una manera que usted comprenda. Esto incluye otros idiomas
- Obtener una segunda opinión sobre su atención
- Dar su aprobación para cualquier tratamiento

- Dar su aprobación de cualquier plan para su atención después de que se le haya explicado completamente ese plan
- Rechazar la atención y ser informado de los riesgos si lo hace
- Obtener información sobre su atención de la salud
- Obtener una copia de su registro médico y hablar al respecto con su PCP
- Pedir, si es necesario, que su registro médico sea enmendado o corregido
- Asegurarse de que su registro médico sea privado y no se compartirá con nadie, excepto según lo exija la ley, un contrato o con su aprobación
- Utilizar el proceso de quejas de Alliance Health para resolver quejas. También puede comunicarse con el **Defensor de NC Medicaid** en cualquier momento en que considere que no recibió un trato justo (consulte la página 57 para obtener más información sobre el Defensor de NC Medicaid)
- Usar el sistema de audiencia imparcial del estado
- Designar a alguien en quien confíe (familiar, amigo o abogado) para que hable por usted si no puede hablar por sí mismo sobre su atención y tratamiento
- Recibir atención considerada y respetuosa en un entorno limpio y seguro, libre de cualquier forma de restricción o aislamiento utilizado como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia

Además, si usted es miembro de NC Health Choice, Alliance Health se asegurará de que no lo derivemos a recursos de atención de la salud respaldados públicamente para evitar costos por beneficios y servicios cubiertos.

Sus derechos si es menor de edad

Los menores tienen derecho a aceptar algunos tratamientos y servicios sin el consentimiento de un padre o tutor:

- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
- Servicios relacionados con el embarazo
- Servicios para ayudar con trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias
- Servicios para ayudar con afecciones emocionales

Sus responsabilidades

Como miembro de Alliance Health, usted acepta:

- Trabajar con su PCP para proteger y mejorar su salud
- Averiguar cómo funciona la cobertura de su plan de salud
- Escuchar el consejo de su PCP y hacer preguntas
- Llamar o regresar a su PCP si no mejora o pedir una segunda opinión
- Tratar al personal de atención de la salud con respeto
- Informarnos si tiene problemas con algún miembro del personal de atención de la salud llamando a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132
- Asistir a sus citas. Si debe cancelar una cita, llamar lo antes posible
- Usar el departamento de emergencias solo para emergencias
- Llamar a su PCP cuando necesite atención médica, incluso después del horario de atención

Cambios en su opción de atención de la salud (cancelación de la inscripción)

Usted está inscrito en Alliance Health, un plan personalizado de I/DD y salud conductual de atención administrada de Medicaid de NC, debido a los servicios de atención de la salud que necesita y que solo puede ofrecer nuestro plan de salud. Su plan personalizado se basa en el condado

según su elegibilidad para Medicaid. Solo un plan personalizado proporciona servicios en cada condado del estado, por lo que no puede elegir un plan personalizado diferente.

Usted está inscrito en Alliance Health, pero puede elegir recibir servicios de atención de la salud de una opción de atención de la salud diferente de NC Medicaid para la que califique. Además del plan personalizado, otras opciones de atención de la salud para las que **puede** calificar incluyen:

- **Plan estándar.** Un plan estándar es un plan de salud de NC Medicaid y NC Health Choice que ofrece servicios de salud física, farmacia, administración de la atención y de salud conductual básicos para los miembros. Un plan estándar ofrece servicios adicionales para los miembros que califican. Los servicios adicionales pueden ser diferentes para cada plan estándar
- **EBCI Tribal Option.** EBCI Tribal Option es la entidad de administración de casos de atención primaria (primary care case management entity, PCCMe) creada por la Autoridad Hospitalaria Indígena Cherokee (Cherokee Indian Hospital Authority, CIHA). Administra las necesidades de atención primaria de miembros tribales reconocidos a nivel federal y otras personas que califican para recibir servicios a través del Servicio de Salud Indígena y viven en el condado de Cherokee, Haywood, Graham, Jackson o Swain, o en un condado vecino de la región de los 5 condados. EBCI Tribal Option incluye la coordinación de la atención por parte de Vaya Health para un trastorno de salud mental, trastorno por consumo de sustancias, discapacidad intelectual/del desarrollo o lesión cerebral traumática. EBCI Tribal Option ofrece servicios adicionales para los miembros que califican
- **NC Medicaid Direct.** NC Medicaid Direct es el programa de atención de la salud de Carolina del Norte para beneficiarios de Medicaid que no están inscritos en NC Medicaid Managed Care. NC Medicaid Direct incluye la coordinación de la atención proporcionada por Community Care of North Carolina, PCCMe y 6 entidades

de administración local (Local Management Entities, LME)/MCO que coordinan servicios para una enfermedad de salud mental, trastorno por consumo de sustancias, discapacidad intelectual/del desarrollo o lesión cerebral traumática

Es **posible** que reúna los requisitos para recibir atención y servicios de una de las opciones de atención de la salud mencionadas anteriormente. Para obtener más información sobre las opciones de atención de la salud para las que reúne los requisitos, puede comunicarse con el agente de inscripción de cualquiera de las siguientes maneras:

- Vaya a ncmedicaidplans.gov
- Utilice la aplicación móvil de **NC Medicaid Managed Care**. Para obtener la aplicación gratuita, busque NC Medicaid Managed Care en Google Play o App Store
- Llame al agente de inscripción al **833-870-5500** (TTY: 711 o RelayNC.com)

Recuerde: Existen ciertos servicios para un trastorno de salud mental, trastorno por consumo de sustancias, discapacidad intelectual/del desarrollo o lesión cerebral traumática que puede necesitar y que solo son ofrecidos por el plan personalizado. Para obtener más información sobre los servicios que solo ofrecen los planes personalizados, consulte la página 1.

Si reúne los requisitos, puede solicitar pasar a una opción de atención de la salud diferente en cualquier momento y por cualquier motivo. Consulte a continuación las instrucciones sobre cómo solicitar pasar a una opción de atención de la salud diferente.

Cómo solicitar pasar a un plan estándar

Puede solicitar pasar a un plan estándar comunicándose con el agente de inscripción. Para elegir un plan estándar, puede inscribirse de una de estas maneras:

- Llame al agente de inscripción al **833-870-5500** (TTY: 711 o RelayNC.com)

- Si llama, el agente de inscripción le explicará sus opciones. Deberá confirmar su decisión de elegir un plan estándar antes de que el agente de inscripción lo traslade a un plan estándar

- Envíe por correo o fax un formulario de inscripción al Agente de inscripción. Puede obtener un formulario de inscripción visitando ncmedicaidplans.gov o llamando al agente de inscripción

- **CORREO:** puede enviar el formulario de inscripción por correo a la siguiente dirección:

NC Medicaid
PO Box 613
Morrisville NC 27560

- **FAX:** Puede enviar el formulario de inscripción por fax **833-898-9655**

Si envía por correo o fax el formulario de inscripción, el agente de inscripción lo llamará para explicarle sus opciones. Deberá confirmar su decisión de elegir un plan estándar antes de que el agente de inscripción lo traslade a un plan estándar. Si el agente de inscripción no puede comunicarse con usted para explicarle sus opciones, se rechazará su solicitud de traspaso a un plan estándar. Si no está de acuerdo con la decisión de denegar su solicitud de pasar a un plan estándar, puede apelar solicitando una audiencia imparcial del estado. Para obtener más información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial del estado para las decisiones de cancelación de la inscripción, consulte la página 51.

Cómo solicitar el traspaso a un plan estándar si recibe ciertos servicios

Si actualmente recibe alguno de los siguientes servicios, hay más pasos que debe seguir antes de poder solicitar pasar a un plan estándar:

- Servicios a través del programa de exención de NC Innovations:

- Los participantes del programa de exención de NC Innovations pueden optar por abandonar su programa de exención en cualquier momento. Si actualmente recibe los servicios de exención de NC Innovations, debe abandonar el programa de exención antes de solicitar pasar a un plan estándar. **Si abandona el programa de exención de NC Innovations, perderá el acceso a los servicios de exención de NC Innovations**
- Si desea abandonar la exención de NC Innovations, puede comunicarse con su administrador de atención o con Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 (TTY: 711). Alliance Health le pedirá que firme un documento que indique que desea abandonar el programa de exención de NC Innovations
- Una vez que haya finalizado el proceso para abandonar el programa de exención de NC Innovations, seguirá los pasos de la sección “Cómo solicitar el traspaso a un plan estándar” que figura en la página 47 para comunicarse con el agente de inscripción y solicitar el traspaso a un plan estándar (cancelar la inscripción)
- Servicios a través del programa de exención por TBI de NC
 - Los participantes del programa de exención por lesión cerebral traumática (TBI) de NC pueden optar por abandonar el programa de exención por TBI de NC en cualquier momento. Si actualmente recibe servicios de exención por TBI de NC, debe abandonar el programa de exención por TBI de NC antes de solicitar pasar a un plan estándar. **Si abandona el programa de exención por TBI de NC, perderá el acceso a los servicios de exención por TBI de NC**
 - Si desea abandonar el programa de exención por TBI de NC, puede comunicarse con su administrador de atención o con Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 (TTY: 711). Alliance Health le pedirá que firme un documento que indique que desea abandonar el programa de exención por TBI de NC
- Servicios a través del programa Transitions to Community Living (TCL)
 - Puede optar por abandonar el programa TCL en cualquier momento. Si actualmente está en el programa TCL, debe abandonar el programa antes de solicitar pasar a un plan estándar. **Si abandona el programa TCL, es posible que pierda el acceso a algunos servicios, incluido el financiamiento de su vivienda**
 - Si desea abandonar el programa TCL, puede comunicarse con su administrador de atención o con Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 (TTY: 711). Alliance Health le pedirá que firme un documento que indique que desea abandonar el programa TCL
 - Una vez que haya finalizado el proceso para abandonar el programa de exención TCL, seguirá los pasos de la sección “Cómo solicitar el traspaso a un plan estándar” que se indica en la página 47 para comunicarse con el agente de inscripción y solicitar el traspaso a un plan estándar (cancelar la inscripción)
- Servicios en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF-IID)
 - Puede optar por abandonar un ICF-IID en cualquier momento. Si actualmente vive en un ICF-IID, debe abandonar el ICF-IID antes de solicitar pasar a un plan estándar. **Si abandona el ICF-IID, es posible que no pueda regresar a ese centro incluso si permanece en el plan personalizado o se pasa nuevamente a este**

- Si desea abandonar el ICF-IID, debe comunicarse con su administrador de atención o con Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 (TTY: 711) para informarles que se va
- Después de que se haya comunicado con Alliance Health, seguirá los pasos de la sección “Cómo solicitar el traspaso a un plan estándar” que se indica en la página 47 para comunicarse con el agente de inscripción y solicitar el traspaso a un plan estándar (cancelación de la inscripción)
- Programa de servicios que no son de Medicaid (financiados por el estado)
 - Puede optar por abandonar el programa de servicios financiados por el estado en cualquier momento. Si actualmente está en el programa de servicios financiados por el estado, incluido el programa de servicios residenciales financiado por el estado, debe abandonar el programa antes de solicitar pasar a un plan estándar. **Si abandona el programa de servicios financiados por el estado, es posible que no pueda regresar al programa o al hogar residencial financiado por el estado, incluso si permanece en el plan personalizado o se pasa nuevamente a este**
 - Si desea dejar la ubicación donde recibe los servicios financiados por el estado, debe comunicarse con su administrador de atención o con Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 (TTY: 711) para informarles que se va
 - Después de que se haya comunicado con Alliance Health, seguirá los pasos de la sección “Cómo solicitar el traspaso a un plan estándar” que se indica en la página 47 para comunicarse con el agente de inscripción y solicitar el traspaso a un plan estándar (cancelación de la inscripción)

Cómo solicitar el traspaso a EBCI Tribal Option o NC Medicaid Direct

Si reúne los requisitos, puede abandonar Alliance Health y pasar a EBCI Tribal Option o NC Medicaid Direct en cualquier momento.

Para pasar a EBCI Tribal Option o NC Medicaid Direct, puede comunicarse con el agente de inscripción de cualquiera de las siguientes maneras:

- Vaya a ncmedicaidplans.gov
- Utilice la aplicación móvil de NC Medicaid Managed Care. Para obtener la aplicación gratuita, busque **NC Medicaid Managed Care** en Google Play o App Store
- Llame al agente de inscripción al 833-870-5500 (TTY: 711 o RelayNC.com)

Cómo solicitar regresar al plan personalizado

Si se pasa a una opción de atención de la salud diferente, pero luego necesita un servicio que solo ofrece un plan personalizado, puede solicitar volver a Alliance Health en cualquier momento. Para solicitar volver a Alliance Health, puede comunicarse con el agente de inscripción de cualquiera de las siguientes maneras:

- Vaya a ncmedicaidplans.gov
- Utilice la aplicación móvil de NC Medicaid Managed Care. Para obtener la aplicación gratuita, busque **NC Medicaid Managed Care** en Google Play o App Store
- Llame al agente de inscripción al 833-870-5500 (TTY: 711 o RelayNC.com)

Si aún reúne los requisitos para el plan personalizado, se lo pasará nuevamente. Si ya no reúne los requisitos para el plan personalizado, puede completar la Solicitud de cambio al plan personalizado: formulario para el beneficiario o su proveedor puede completar la Solicitud de traslado al plan personalizado: formulario para el proveedor. Puede encontrar ambos formularios en

ncmedicaidplans.gov o puede llamar al agente de inscripción al 833-870-5500 (TTY: 711 o RelayNC.com) para que le envíen el formulario.

Recuerde: No hay garantía de que podrá regresar a su programa de exención anterior o a su ubicación residencial anterior si se pasa a un plan estándar, pero luego decide volver al plan personalizado.

Solicitudes aceleradas para cambiar las opciones de atención de la salud

Si usted cree que tiene una **necesidad médica urgente**, puede solicitar una acción más rápida (revisión acelerada) de su solicitud para cambiar las opciones de atención de la salud (cancelación de la inscripción). Una necesidad médica urgente significa que el momento del proceso regular hará que su vida, su salud física o mental, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima estén en peligro. Si se aprueba su solicitud de revisión acelerada, recibirá un aviso sobre su solicitud de abandonar el plan personalizado en el plazo de los 3 días de haber realizado la solicitud.

Decisiones sobre solicitudes para cambiar las opciones de atención de la salud

Si se aprueba su solicitud de cambiar las opciones de atención de la salud, recibirá un aviso por correo que le informará cuándo comienza el cambio (fecha de entrada en vigencia). La fecha de entrada en vigencia no será posterior al primer día del segundo mes después del mes en que solicitó cambiar las opciones de atención de la salud. Si se rechaza su solicitud de cambiar las opciones de atención de la salud, recibirá un aviso por correo que le informará por qué se rechazó su solicitud y cómo apelar si no está de acuerdo con la decisión.

Motivos por los que puede tener que abandonar Alliance Health

También hay algunos motivos por los que es posible que deba abandonar Alliance Health, incluso cuando no solicitó abandonar nuestro plan. Los siguientes

son motivos por los que es posible que tenga que abandonar Alliance Health cuando no solicitó irse:

- Si pierde su elegibilidad para el Plan personalizado:
 - Puede perder su elegibilidad para el plan personalizado si no tiene un trastorno de salud mental, un trastorno por consumo de sustancias, una afección de I/DD o TBI que califique, o si no ha utilizado ciertos servicios de salud conductual durante un período de 24 meses
 - Si ya no es elegible para el plan personalizado, recibirá una carta en la que se le informará que se lo pasará a un plan estándar para recibir sus beneficios y servicios. Si esto sucede, puede llamar al Centro de Contacto de NC Medicaid al 888-245-0179 para obtener ayuda
- Si pierde su elegibilidad para el programa Medicaid Managed Care
 - Puede perder su elegibilidad para el programa de atención administrada de Medicaid si ocurre alguna de las siguientes situaciones:
 - Permanece en un asilo de ancianos durante más de 90 días consecutivos (consulte la página 19 para obtener más información sobre los servicios de enfermería)
 - Pasa a ser elegible y es transferido para recibir tratamiento a un centro médico neurológico estatal o a un hogar para veteranos operado por el Departamento de Asuntos Militares y de Veteranos
 - Cambia la categoría de elegibilidad de Medicaid
 - Es encarcelado
 - Comienza a recibir Medicare
 - Si ya no es elegible para Medicaid Managed Care, recibirá una carta en la que se le informará que continuará recibiendo sus beneficios y servicios a través de NC Medicaid Direct en lugar de a través de Alliance Health.

Si esto sucede, puede llamar al Centro de Contacto de NC Medicaid al 888-245-0179 para obtener ayuda

- Si pierde su elegibilidad para Medicaid o NC Health Choice
 - Es posible que deba abandonar nuestro plan de salud si se le notifica que ya no es elegible para recibir beneficios y servicios a través de los programas Medicaid o NC Health Choice. **Si ya no es elegible para Medicaid o NC Health Choice, recibirá una carta informándole que todos los beneficios y servicios que pueda estar recibiendo en virtud del programa se interrumpirán y proporcionarán información sobre cómo apelar esa decisión si no está de acuerdo.** Si esto sucede, llame a su Departamento de Servicios Sociales local

Audiencias imparciales del estado y decisiones de cancelación de la inscripción

Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial del estado si no está de acuerdo con una decisión de cancelación de la inscripción. La Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) de NC lleva a cabo audiencias imparciales del estado. Tendrá la oportunidad de proporcionar más información y hacer preguntas sobre la decisión de realizar un cambio ante un juez de derecho administrativo. El juez de su audiencia imparcial del estado no forma parte de Alliance Health de ninguna manera. En Carolina del Norte, las audiencias imparciales estatales incluyen una oferta de una sesión de mediación gratuita y voluntaria que se lleva a cabo antes de la fecha de su audiencia (consulte la página 40 para obtener más información sobre las mediaciones).

Solicitud de una audiencia imparcial del estado para decisiones de cancelación de la inscripción

Si no está de acuerdo con una decisión de cancelación de la inscripción, tiene **30 días** a partir de la fecha de la carta que le informa la decisión de solicitar una audiencia imparcial del estado. Puede solicitar una audiencia imparcial del estado usted

mismo. También puede pedirles ayuda a un amigo, familiar, proveedor o abogado. Puede llamar al agente de inscripción al **833-870-5500** (TTY: 711 o RelayNC.com) si necesita ayuda con su solicitud de audiencia imparcial del estado.

Puede utilizar una de las siguientes maneras de solicitar una audiencia imparcial del estado:

- **CORREO:** complete y firme el formulario de solicitud de audiencia imparcial del estado que viene con su aviso. Envíelo por correo a las direcciones que figuran en el formulario
- **FAX:** complete, firme y envíe por fax el formulario de solicitud de audiencia imparcial del estado que viene con su aviso. Los números de fax que necesita aparecen en el formulario
- **POR TELÉFONO:** llame a la OAH al **984-236-1860** y solicite una audiencia imparcial del estado. Recibirá ayuda con su solicitud durante esta llamada. Cuando solicita una audiencia imparcial del estado, usted y cualquier persona que haya elegido para ayudarlo pueden ver los registros y criterios utilizados para tomar la decisión. Si elige que alguien lo ayude, debe darle permiso. Incluya su nombre e información de contacto en el formulario de solicitud de audiencia imparcial del estado

Si no está satisfecho con la decisión de la audiencia imparcial del estado, puede apelar ante el Tribunal Superior de Carolina del Norte en el condado donde vive. Tiene **30 días** a partir del día en que recibe su decisión de la decisión final de la audiencia imparcial del estado para apelar ante el Tribunal Superior.

Directivas anticipadas

Es posible que llegue un momento en el que no pueda administrar su propia atención de la salud. Si esto sucede, es posible que desee que un familiar u otra persona cercana a usted tome decisiones en su nombre. Si planifica con anticipación, puede hacer los arreglos necesarios ahora para que sus deseos se cumplan. Una directiva anticipada es un conjunto de instrucciones escritas que usted da sobre la atención

de la salud y de salud mental que desea si alguna vez pierde la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

Hacer una directiva anticipada es su elección. Si no puede tomar sus propias decisiones y no tiene instrucciones anticipadas, su médico o proveedor de salud conductual consultará con alguien cercano a usted sobre su atención. Se recomienda enfáticamente analizar sus deseos de tratamiento médico y de salud conductual con su familia y amigos en este momento, ya que esto ayudará a asegurarse de que reciba el nivel de tratamiento que desea si ya no puede decirle a su médico u otros proveedores de salud física o conductual lo que desea.

Carolina del Norte tiene 3 maneras de hacer una directiva anticipada formal. Estos incluyen testamentos en vida, poder notarial para la atención de la salud e instrucciones anticipadas para el tratamiento de la salud mental.

Testamento en vida

En Carolina del Norte, un “testamento en vida” es un documento legal que les dice a otras personas que usted desea morir por una muerte natural si usted:

- Se enferma de manera incurable con una afección irreversible que provocará su muerte en un corto período de tiempo
- Está inconsciente y su médico determina que es muy poco probable que recupere la conciencia
- Tiene demencia avanzada o una afección similar que provoca una pérdida sustancial de la capacidad de atención, la memoria, el razonamiento y otras funciones cerebrales, y es muy poco probable que la afección se revierta

En un testamento en vida, puede indicarle a su médico que no use ciertos tratamientos que prolongan la vida, como una máquina para respirar (llamado “respirador”), o que deje de administrarle alimentos y agua a través de una sonda de alimentación.

Un testamento en vida entra en vigencia solo cuando su médico y otro médico determinan que usted cumple con una de las condiciones especificadas en el testamento en vida. Se le recomienda que analice sus deseos con amigos, familiares y su médico ahora, para que puedan ayudarlo a asegurarse de que reciba el nivel de atención que desea al final de su vida.

Poder notarial para atención de la salud

Un **poder notarial para la atención de la salud** es un documento legal en el que puede nombrar a una o más personas como sus agentes de atención de la salud para que tomen decisiones médicas y de salud conductual por usted a medida que no pueda tomar decisiones por sí mismo. Siempre puede decir qué tratamientos médicos o de salud conductual desearía y qué no desearía. Debe elegir a un adulto en quien confíe para que sea su agente de atención de la salud. Analice sus deseos con las personas que desea como sus agentes antes de expresarlos por escrito.

Nuevamente, siempre es útil analizar sus deseos con su familia, amigos y su médico. Un poder notarial para atención de la salud entrará en vigencia cuando un médico indique por escrito que usted no puede tomar ni comunicar sus decisiones de atención de la salud. Si, debido a creencias morales o religiosas, usted no desea que un médico tome esta determinación, la ley establece un proceso para que una persona que no es un médico lo haga.

Instrucciones anticipadas para el tratamiento de la salud mental

Una **instrucción anticipada para el tratamiento de la salud mental** es un documento legal que les indica a los médicos y proveedores de salud mental qué tratamientos de salud mental desearía y qué tratamientos no desearía si posteriormente no pudiera decidir por sí mismo. También se puede utilizar para designar a una persona para que actúe como tutor si se inician procedimientos de tutela. Su instrucción anticipada para el tratamiento de la salud conductual puede ser un documento separado

o combinado con un poder notarial para atención de la salud o un poder notarial general. Un médico o proveedor de salud conductual puede seguir una instrucción anticipada para la salud conductual cuando su médico o un psicólogo elegible determinen por escrito que usted ya no puede tomar o comunicar decisiones de salud conductual.

Formularios que puede usar para hacer una directiva anticipada

Puede registrar su directiva anticipada en la Oficina del Secretario del Estado de NC para que sus deseos estén disponibles para los profesionales médicos. Puede encontrar los formularios de directivas anticipadas en sosnc.gov/ahcdr. Los formularios cumplen con todas las normas para una directiva anticipada formal. Para obtener más información, también puede llamar al 919-807-2167 o escribir a:

Advance Health Care Directive Registry
Department of the Secretary of State
P.O. Box 29622
Raleigh, NC 27626-0622

Puede cambiar de opinión y actualizar estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a comprender u obtener estos documentos. No cambian su derecho a recibir beneficios de atención de la salud de calidad. El único propósito es hacer saber a los demás lo que usted desea si no puede hablar por sí mismo.

Hable con su proveedor de atención primaria (PCP) o llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 si tiene alguna pregunta sobre las directivas anticipadas.

Inquietudes sobre abuso, negligencia y explotación

Su salud y seguridad son muy importantes. Debe ser capaz de llevar su vida sin miedo al abuso o la negligencia por parte de otras personas o alguien que se este aprovechando de usted (explotación). Cualquier persona que sospeche de cualquier acusación de abuso, negligencia o explotación de

un niño (menor de 17 años) o adulto discapacitado **debe** informar estas inquietudes al Departamento de Servicios Sociales (DSS) local. Puede encontrar una lista de ubicaciones de DSS en ncdhhs.gov/localdss. También hay normas de que nadie será castigado por hacer un informe cuando el informante esté preocupado por la salud y la seguridad de una persona.

Los proveedores deben informar cualquier inquietud de abuso, negligencia o explotación de un niño o adulto discapacitado que reciba servicios de salud mental, trastorno por consumo de sustancias, servicios de discapacidad intelectual/del desarrollo (I/DD) o lesión cerebral traumática (TBI) de un miembro del personal sin licencia al Departamento de Servicios Sociales (DSS) local y a la Sección del Registro de Personal de Atención de la Salud de la División de Regulación de Servicios de Salud de Carolina del Norte para una posible investigación. El enlace a la sección Registro de personal de atención de la salud es ncnar.org/verify_listings1.jsp. El proveedor también tomará medidas para garantizar la salud y la seguridad de las personas que reciben servicios.

Para obtener información adicional sobre cómo informar inquietudes, comuníquese con su administrador de atención o con Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 (TTY: 711).

Fraude, malgasto y abuso

Si sospecha que alguien está cometiendo fraude contra Medicaid, infórmelo. Algunos ejemplos de fraude contra Medicaid incluyen:

- Una persona no informa todos los ingresos u otro seguro de salud cuando solicita Medicaid
- Una persona que no recibe Medicaid utiliza la tarjeta de miembro de Medicaid con o sin el permiso del miembro
- Un médico o una clínica factura los servicios que no se proporcionaron o que no fueron médicamente necesarios

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

- Llame a la línea de consejos sobre fraude, malgasto y abuso del programa de Medicaid: 877-362-8471
- Llame a la línea de malgasto del auditor estatal al 800-730-TIPS: 800-730-8477
- Llame a la línea de fraude de la Oficina del Inspector General de los EE. UU. al 800-HHS-TIPS: 800-447-8477
- Línea de cumplimiento de Alliance: 855-727-6721

Números de teléfono importantes

Línea de Servicios para Miembros y Beneficiarios de Alliance Health	800-510-9132 De lunes a sábado de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.
Línea de crisis de salud conductual de Alliance Health	877-223-4617 Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Línea de enfermería de Alliance Health	855-759-9400 Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Agente de inscripción	833-870-5500 De lunes a sábado de 7:00 a. m. a 5:00 p. m.
NC Medicaid Ombudsman	877-201-3750, De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Centro de contacto de NC Medicaid	888-245-0179 De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Línea de servicio de proveedores de Alliance Health	855-759-9700 De lunes a sábado de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.
Línea de servicio para médicos que emiten recetas de Alliance Health	855-759-9300 De lunes a sábado de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.
Red de mediación de NC	336-461-3300 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Línea gratuita de servicios legales	866-219-5262 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m. Lunes y jueves de 5:30 p. m. a 8:30 p. m.
Presente una queja formal/ reclamo Número de teléfono del Registro de directivas anticipadas de atención de la salud	919-814-5100 De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Línea de consejos sobre fraude, malgasto y abuso de Medicaid de Carolina del Norte	877-DMA-TIP1 (877-362-8471)

Auditor estatal de malgasto	800-730-TIPS (800-730-8477)
Línea de fraude de la Oficina del Inspector General de los EE.UU.	800-447-8477
Línea de apelaciones de Alliance Health	919-651-8545 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:30 p. m.

Manténganos informados

Llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 800-510-9132 siempre que se produzcan estos cambios en su vida:

- Tiene un cambio en la elegibilidad para Medicaid
- Da a luz
- Hay un cambio en los miembros de la familia del hogar
- Hay un cambio en la cobertura de Medicaid para usted o sus hijos

Si ya no recibe Medicaid, consulte con su Departamento de Servicios Sociales local. Es posible que pueda inscribirse en otro programa.

- Ayudar con problemas que no ha podido resolver con su proveedor de atención médica o plan de salud
- Ser su defensor si está lidiando con un problema o un reclamo que afecta el acceso a la atención de la salud
- Proporcionar información para ayudarlo con su apelación, queja formal, mediación o audiencia imparcial
- Conectarlo con ayuda legal si la necesita para ayudar a resolver un problema con su atención de la salud

Puede comunicarse con NC Medicaid Ombudsman al **1-877-201-3750** o en [ncmedicaidombudsman.org](https://www.ncmedicaidombudsman.org).

NC Medicaid Ombudsman

NC Medicaid Ombudsman es un recurso con el que puede comunicarse si necesita ayuda con sus necesidades de atención de la salud. NC Medicaid Ombudsman es una organización sin fines de lucro operada de manera independiente cuyo único trabajo es garantizar que las personas y las familias bajo NC Medicaid Managed Care obtengan acceso a la atención que necesitan.

NC Medicaid Ombudsman puede:

- Responder sus preguntas sobre los beneficios
- Ayudarlo a comprender sus derechos y responsabilidades
- Proporcionar información sobre NC Medicaid Managed Care
- Responder sus preguntas sobre la inscripción o cancelación de la inscripción en un plan de salud
- Ayudarlo a comprender un aviso que ha recibido
- Derivarlo a otras agencias que puedan ayudarlo con sus necesidades de atención de la salud

