



TRILLIUM HEALTH RESOURCES

MANUAL PARA EL **AFILIADOS Y** **BENEFICIARIOS**

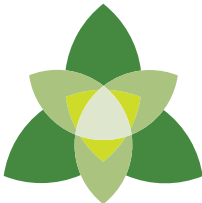
SUS BENEFICIOS

PARA LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL GRAVE,
ABUSO DE SUSTANCIAS Y DISCAPACIDADES
INTELECTUALES Y DEL DESARROLLO

ABRIL 2022

www.TrilliumHealthResouces.org

Transformando vidas.
Construyendo bienestar comunitario.



Trillium
HEALTH RESOURCES

SOBRE ESTE MANUAL

Este manual está disponible en formatos alternativos (braille, letra grande). Si necesita una versión alternativa, o tienen limitaciones en lectura, llámenos al Línea de Servicio para el Afiliado y Beneficiario 1-877-685-2415.

Somos designados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC para supervisar los servicios con financiamiento Estatal y el gobierno federal para los 28 condados de nuestra cobertura en el Este de Carolina del Norte.

Trillium cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas o tratarlos de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, género, orientación sexual o condición de transexual (Identidad de Género).

Trillium requiere prioridad en la admisión de todas las mujeres que están embarazadas e inyectando drogas, embarazadas y consumiendo sustancias, y de otras personas que están inyectando drogas.

Trillium no publica materiales ni comparte información que sean intimidante, confusa o inexacta.

Línea de Servicio para el Afiliado y Beneficiario:

1-877-685-2415

Tenga en cuenta la Línea de Servicio para Afiliado y Beneficiario, 1-877-685-2415, está destinado y limitado para los afiliados y beneficiarios y los problemas relacionados con el cuidado de los mismos.

Visite nuestro sitio de Internet para agregar su número de teléfono móvil y/o dirección de correo electrónico para que pueda recibir mensajes de texto o correos electrónicos informativos de Trillium.

Servicios de Asistencia al Proveedor

1-855-250-1539

Por favor use esta línea para todos los asuntos sobre la red de proveedores.

Cuestiones Administrativas y de Negocios:

1-866-998-2597

Por favor, use esta línea para someter quejas y/o Agravios, o cuando se instruye en este manual.

EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA MARQUE 911



Transformando vidas.
Construyendo bienestar comunitario.



¡BIENVENIDO!

Si usted es elegible para recibir Medicaid, no tiene seguro de salud o su cobertura de seguro no es suficiente y sus beneficios están dentro de los 28 condados que servimos, usted es un afiliado del Plan de salud administrado por Trillium Health Resources.

Trillium Health Resources es un Local Management Entity/Managed Care Organization (LME/MCO).

OFICINAS REGIONALES DE TRILLIUM

Oficina Regional del Noreste

144 Community College Rd.
Ahoskie, NC 27910

Fax: 1-252-215-6883

Oficina Regional Central

201 West First St.
Greenville, NC 27858

Fax: 1-252-215-6881

Oficina Regional del Sureste

3809 Shipyard Blvd.
Wilmington, NC 28403

Fax: 1-910-550-2558



CONDADOS EN LOS QUE TRILLIUM HEALTH RESOURCES BRINDA SERVICIO

Los servicios descritos en este manual están disponibles para residentes que reúnan las condiciones y se encuentren en los siguientes condados de Carolina del Norte:

Northern

- Bertie
- Camden
- Chowan
- Currituck
- Gates
- Halifax
- Hertford
- Martin
- Northampton
- Pasquotank
- Perquimans

Central

- Beaufort
- Craven
- Dare
- Hyde
- Nash
- Pamlico
- Pitt
- Tyrrell
- Washington

Southern

- Bladen
- Brunswick
- Columbus
- Carteret
- Jones
- New Hanover
- Onslow
- Pender

MIS CONTACTOS PERSONALES DE CUIDADOS MÉDICOS CONDUCTUAL

Use las siguientes casillas para escribir los nombres y los números de teléfonos de los médicos u otro proveedor de cuidados.

Nombre de mi proveedor de Salud Conductual.	
Número de teléfono de mi proveedor de Salud Conductual	
El nombre y el número de teléfono de mi médico de atención primaria	
Mi farmacia	
Número de acceso al cuidado las 24 horas de Trillium (gratuito)	1-877-685-2415
Número de servicios móviles de emergencia de mi condado	
El nombre del hospital más cercano para necesidades médicas	
El número de teléfono del hospital más cercano para necesidades médicas	

Use las siguientes casillas para escribir los nombres y los números de teléfono de otros contactos de atención médica importantes, como médicos, dentistas u otros especialistas médicos.

Guarde este manual en un lugar de fácil acceso para consultas futuras.

MENSAJE DE NUESTRA DIRECTORA EJECUTIVA

¡Bienvenido a Trillium Health Resources!

Trillium es una agencia gubernamental local que administra los cuidados de salud mental para personas con enfermedad severa de salud mental, uso de sustancia, discapacidad intelectual y/o del desarrollo y lesión traumática cerebral en un área de 28 condados del este de Carolina del Norte.

Brindamos servicios en los condados de Beaufort, Bertie, Bladen, Brunswick, Camden, Carteret, Chowan, Columbus, Craven, Currituck, Dare, Gates, Halifax, Hertford, Hyde, Jones, Martin, Nash, New Hanover, Northampton, Onslow, Pamlico, Pasquotank, Pender, Perquimans, Pitt, Tyrrell y Washington. Si vive en estos condados y necesita nuestros servicios, este manual ofrece información que lo ayudará a obtener la atención que usted o su familia necesitan.

Trillium administra fondos públicos con el objetivo de servir a las personas que se encuentran en el área de servicio. Para lograrlo, trabajamos con proveedores que brindan servicios. Asimismo, garantizamos que los servicios que recibe usted o su familia se ajusten a sus necesidades. Tenemos estándares altos para los proveedores de nuestra red. Nos esforzamos mucho para garantizar que nuestros proveedores cumplan con estos estándares.

Espero que nuestro sistema le resulte sencillo de usar y que quede satisfecho con los servicios que recibe. Agradecemos sus comentarios, ya sean positivos o negativos. Estar al tanto de los problemas nos ayuda a mejorar. Además, conocer las experiencias positivas nos da información importante acerca del desempeño de nuestros proveedores. Lo invitamos a llamar la Línea de Servicios para Afiliados y Beneficiarios 1-877-685-2415 para compartir su opinión o visite nuestro sitio en el Internet y complete el formulario de "[Queja | Agravio | Elogio | Pregunta](#)."

Es un honor poder brindarle nuestros servicios.

Joy Futrell

Directora ejecutiva



SECCIÓN	BIENVENIDO A TRILLIUM HEALTH RESOURCES	.1
1	BIENVENIDO A TRILLIUM HEALTH RESOURCES!	2
	¿QUIÉN ES TRILLIUM?	2
	¿CÓMO SE RIGE TRILLIUM?	3
	¿CÓMO PUEDO INVOLUCRARME?	3
	¿CUÁL ES LA POSICIÓN DE TRILLIUM ANTE LA DISCRIMINACIÓN?	4
	¿QUÉ ES ETHICSPPOINT?	4
SECCIÓN	¿QUÉ ES LA EXENCIÓN DE MEDICAID?	.5
2	QUÉ ES LA EXENCIÓN DE MEDICAID?	6
	¿QUÉ ES EL PLAN DE SALUD DE CAROLINA DEL NORTE DE SALUD MENTAL, DIS- CAPACIDAD INTELECTUAL Y/O DEL DESARROLLO Y SÍNDROME	
	DE USO DE SUSTANCIA (NC MH/IDD/SAS)?	7
	¿QUÉ ES LA EXENCIÓN INNOVATIONS 1915(C)?	7
	¿QUÉ ES EL REGISTRO DE NECESIDADES INSATISFECHAS?	8
	¿CÓMO SÉ QUE SOY ELEGIBLE PARA LOS SERVICIOS BAJO EL PLAN DE SALUD DE TRILLIUM?	9
	¿QUÉ PASA SI TENGO OTRO SEGURO DE SALUD ADEMÁS DE MEDICAID?	9
	¿QUÉ PASA SI ME MUEVEN DEL PLAN DE TRILLIUM AL PLAN ESTÁNDAR?	9
	¿QUÉ PASA SI NO SIENTO QUE NECESITO ESTAR EN EL PLAN DE TRILLIUM?	10
	¿QUÉ PASA SI SOY MIEMBRO DE UNA TRIBU RECONOCIDA FEDERALMENTE?	10
SECCIÓN	¿CÓMO OBTENER SERVICIOS?	.11
3	¿CÓMO OBTENER SERVICIOS?	12
	¿CUÁNDO DEBO LLAMAR A TRILLIUM?	12
	¿CÓMO TENER ASISTENCIA EN UN IDIOMA QUE NO SEA INGLÉS O CIEGO?	13
	¿QUÉ PASA CUANDO LLAMO A TRILLIUM?	13
	¿CÓMO SE ABORDAN MIS NECESIDADES?	13
	¿QUÉ HACER EN CASO DE TENER PROBLEMAS DE AUDICIÓN?	13
	¿CÓMO SE MANEJAN LAS SITUACIONES DE EMERGENCIA?	14
	¿PUEDO OBTENER AYUDA PARA LA TRANSPORTACIÓN PARA MIS CITAS?	14

SECCIÓN 4	¿CÓMO OBTENGO AYUDA EN UNA CRISIS?	16
	¿CÓMO OBTENGO AYUDA EN UNA CRISIS?	17
	¿QUÉ ES UNA CRISIS DE SALUD DE COMPORTAMIENTO?	17
	¿DEBERÍA LLAMAR A MI PROVEEDOR SI ESTOY EN CRISIS?	17
	¿QUÉ SON LOS EQUIPOS DE CRISIS MÓVILES?	17
	¿CÓMO TENGO ACCESO A LOS SERVICIOS DE CRISIS MÓVIL?	18
SECCIÓN 5	¿QUÉ SERVICIOS Y AYUDAS ESTAN DISPONIBLES?	19
	¿QUÉ SERVICIOS Y AYUDA ESTAN DISPONIBLES?	20
	¿SOY ELEGIBLE PARA LOS SERVICIOS DE MEDICAID?	20
	Desafiliación de Medicaid	24
	¿QUÉ LIMITACIONES PARA LA ELEGIBILIDAD DE MEDICAID DEBO CONOCER?	24
	¿TENDRÉ QUE PAGAR UN COPAGO SI TENGO MEDICAID?	24
	¿SE ME PEDIRÁ QUE PAGUE UN COPAGO SI NO TENGO MEDICAID?	25
	¿DÓNDE OBTENGO UNA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICAID?	25
	¿QUÉ PASA SI TENGO SEGURO PRIVADO?	25
	¿CÓMO PUEDO OBTENER ATENCIÓN PARA ADULTOS Y NIÑOS SIN MEDICAID?	25
	¿QUÉ SERVICIOS ESTÁN DISPONIBLES?	26
	¿Qué son Servicios de Beneficios Básicos?	26
	¿Qué son Servicios de Beneficios Ampliados?	26
	¿QUÉ SON LOS SERVICIOS DE LA EXENCIÓN NC INNOVATIONS?	27
	¿QUÉ SON LOS SERVICIOS INTEGRADOS Y RECURSOS RELACIONADOS CON NECESIDADES DE SALUD INSATISFECHAS?	27
	¿QUÉ BENEFICIOS <u>NO ESTÁN</u> CUBIERTOS POR TRILLIUM?	27
	¿CÓMO APRENDO SOBRE LOS CAMBIOS EN SERVICIOS Y PROGRAMAS?	27
	¿QUÉ ES EARLY AND PERIODIC SCREENING, DIAGNOSIS AND TREATMENT (EPSDT)?	28
	¿QUÉ SON BENEFICIOS CON VALOR AGREGADO Y EN LUGAR DE SERVICIOS?	29

SECCIÓN 6	¿CÓMO TRILLIUM COORDINAN MIS CUIDADOS?	31
	¿QUÉ ES ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO?	32
	¿QUÉ ES EL SISTEMA DE CUIDADOS? (SOC POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)	32
	¿QUÉ ES POBLACIÓN CON NECESIDADES ESPECIALES?	33
	¿QUÉ ES LA INICIATIVA TRANSICIÓN A LA VIDA EN LA COMUNIDAD?	34
	¿Cuáles son los componentes de TCLI?	34
	¿Quién es potencialmente elegible para TCLI?	34
	¿QUÉ ES UN PLAN CENTRADO EN LA PERSONA?	35
	¿QUÉ ES UN HOGAR DE SALUD CONDUCTUAL?	35
	¿QUÉ ES UN PLAN DE APOYO INDIVIDUAL (ISP/CARE PLAN)?	36
	¿Qué Debo Saber Sobre El Proceso del ISP/Care Plan?	36
SECCIÓN 7	¿CÓMO PUEDO ENCONTRAR A UN PROVEEDOR PARA MI CUIDADO?	37
	¿CÓMO ELIJO UN PROVEEDOR, ESPECIALISTA O SUBESPECIALISTA?	38
	¿CÓMO CAMBIO DE PROVEEDOR?	39
	¿CÓMO GARANTIZA TRILLIUM SERVICIOS DE CALIDAD?	39
	¿QUÉ TIPOS DE PROVEEDORES ESTÁN DISPONIBLES EN LA RED DE TRILLIUM?	40
	Agencias	40
	Instalaciones de Cuidados Médicos Operadas por el Estado	40
	Médicos Independientes Licenciados & Grupos de Práctica	40
	Hospitales	41
	¿DÓNDE ESTÁN UBICADOS LOS PROVEEDORES?	41
	Servicios de emergencias	41
	Proveedores fuera del área de cobertura o fuera del Estado	41
	Proveedores fuera de la red	41
	¿Cómo recibo servicios de un proveedor fuera de la red?	41
	¿CÓMO PAGO MIS CUIDADOS?	42
	¿PUEDO OBTENER TRANSPORTACIÓN PARA MIS CITAS?	42
	¿QUÉ ES EL COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS?	42
	¿QUÉ ES LA COMPETENCIA CULTURAL?	43
SECCIÓN 8	¿CÓMO TRILLIUM TOMA DECISIONES SOBRE MI CUIDADO?	44
	¿QUÉ ES LA AUTORIZACIÓN PREVIA?	45
	Servicios de Emergencia y Crisis	45
	¿CUÁNTO TIEMPO LE TOMA A TRILLIUM TOMAR UNA DECISIÓN SOBRE MI SOLICITUD?	46
	¿QUÉ ES NECESIDAD MÉDICA?	46

	¿QUÉ OTRAS GUÍAS TRILLIUM SIGUE?	48
	¿QUÉ ES LA REVISIÓN POR PARES (PEER REVIEW)?	48
	¿QUÉ SUCEDERÍA SI EL SERVICIO QUE NECESITO NO ESTÁ DISPONIBLE?	48
	¿PUEDO SOLICITAR UN NUEVO TRATAMIENTO O SERVICIO?	50
	¿QUÉ ES EL PROGRAMA DEFENSOR (OMBUDSMAN) DE NC MEDICAID?	50
SECCIÓN 9	¿CUÁLES SON MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES?	51
	¿CUÁLES SON MIS DERECHOS?	52
	SI SOY MENOR DE EDAD, ¿TENGO ALGÚN DERECHO?	54
	¿CUÁLES SON MIS RESPONSABILIDADES?	55
	¿CUÁLES SON MIS DERECHOS EN UN CENTRO DE CUIDADOS LAS 24 HORAS O EN UN HOGAR PARA ADULTOS?	56
	¿CUÁLES SON MIS DERECHOS SI TENGO DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y/O DEL DESARROLLO?	57
	¿QUÉ SON LOS DERECHOS RESTRINGIDOS?	57
	¿QUÉ HAGO SI CREO QUE MIS DERECHOS HAN SIDO VIOLADOS?	58
	¿QUÉ ES EL CONSENTIMIENTO INFORMADO?	59
	¿QUÉ SUCEDERÍA SI NO PUEDO TOMAR UNA DECISIÓN SOBRE MI CUIDADO?	59
	Directivas Psiquiátricas Anticipadas	59
	Poder de Representación para la Cuidados Médicos	60
	Testamento Vital	60
	¿Qué hacer con una Directiva Anticipada?	60
	¿Cuánto tiempo tiene vigencia una directiva anticipada?	60
	¿PERDERÉ MIS DERECHOS SI TENGO UN TUTOR?	60
	¿PUEDO TENER MI COMPETENCIA RESTAURADA?	61
	¿CUÁLES SON MIS DERECHOS DE PRIVACIDAD?	61
	¿HAY ALGÚN DERECHO QUE ME PROTEJA SI VOY A LA CÁRCEL?	65
SECCIÓN 10	¿CÓMO HAGO UNA APELACIÓN O PRESENTAR UN RECLAMO?	66
	¿QUÉ ES UNA APELACIÓN?	67
	¿CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN POR UNA DECISIÓN ADVERSA DE BENEFICIO?	68
	¿Qué es una solicitud de reconsideración?	68
	¿Puedo recibir servicios durante mi revisión de reconsideración?	69
	¿Se puede acelerar mi solicitud de revisión de reconsideración?	70
	¿Se puede extender el plazo de mi solicitud de revisión de reconsideración?	71

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión?	71
¿Cómo presento una apelación formal ante la Oficina de Audiencias Administrativas?	71
¿Quién es responsable de mis servicios mientras mi apelación está pendiente?	72
¿Puedo apelar una decisión sobre servicios que no son de Medicaid?	72
¿Se puede acelerar mi solicitud de revisión de reconsideración?	73
¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión?	73
¿QUÉ ES UN AGRAVIO?	74
¿CÓMO PRESENTO UN AGRAVIO?	75
¿QUÉ ES EL PROCESO DE AGRAVIOS?	75
¿Qué sucede si no estoy satisfecho con la respuesta a mi agravio de Medicaid?	76
¿Qué sucede si no estoy satisfecho con la respuesta a mi agravio no relacionada con Medicaid?	76
Documentación que debería guardar	76
¿Cómo puedo obtener asistencia legal?	76
¿CÓMO PUEDO PRESENTAR UNA QUEJA?	77
¿Qué hace Trillium cuando recibe una queja?	78
¿Qué pasa si no estoy satisfecho con la respuesta a mi queja?	78
¿QUÉ SI ME CAMBIAN DE TRILLIUM AL PLAN ESTÁNDAR?	78
SECCIÓN 11 ¿CÓMO PUEDO AYUDAR A PREVENIR EL FRAUDE Y EL ABUSO?	79
¿QUÉ ES FRAUDE Y ABUSO?	80
¿CÓMO PUEDO AYUDAR A PREVENIR EL FRAUDE Y EL ABUSO?	80
¿CÓMO DENUNCIO EL FRAUDE Y EL ABUSO?	81
SECCIÓN 12 APOYO, RECUPERACIÓN Y RESILIENCIA	82
¿CÓMO PUEDE AYUDARME TRILLIUM EN MI RECUPERACIÓN?	83
¿QUÉ ES RESILIENCIA?	83
¿QUÉ ES EL COMITÉ ASESOR DE CONSUMIDORES Y FAMILIAS (CFAC)?	83
¿QUÉ ES EL COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS?	84
¿TRILLIUM OFRECE EDUCACIÓN O ENTRENAMIENTO?	84
¿TRILLIUM OFRECE PROGRAMAS DE APOYO A LA VIVIENDA?	84
APÉNDICE A.	85
APÉNDICE B.	86
APÉNDICE C.	91

BIENVENIDO A TRILLIUM HEALTH RESOURCES

EN ESTA SECCIÓN

- Bienvenido a Trillium!
- ¿Quién es Trillium?
- ¿Cómo se rige Trillium?
- ¿Cómo puedo involucrarme?
- ¿Cuál es la posición de Trillium ante la discriminación?
- ¿Qué es EthicsPoint?

BIENVENIDO A TRILLIUM HEALTH RESOURCES!

Trillium es una agencia gubernamental que administra Medicaid, bloques de subvenciones, fondos estatales y locales para servicios de la salud mental severa, trastornos de uso de sustancias, discapacidad intelectual y del desarrollo (DID) y Lesión Cerebral Traumática (LCT). Administramos los servicios en los condados de Beaufort, Bertie, Bladen, Brunswick, Camden, Carteret, Chowan, Columbus, Craven, Currituck, Dare, Gates, Halifax, Hertford, Hyde, Jones, Martin, Nash, New Hanover, Northampton, Onslow, Pamlico, Pasquotank, Pender, Perquimans, Pitt, Tyrrell y Washington. Nuestra misión es Transformando vidas y construyendo el bienestar comunitario a través de asociaciones y soluciones comprobadas.

¿QUIÉN ES TRILLIUM?

Trillium tiene como prioridad encontrar el cuidado individualizado y adecuada para las personas que servimos. El bienestar general de una persona depende de mucho más que solo el cuidado médico. Donde una persona física y socialmente vive, aprende, trabaja y juega, tiene un tremendo impacto en su bienestar general. Nosotros adoptamos un enfoque de salud y bienestar centrado en la persona y basado en la comunidad.

Trillium provee:

- El acceso a una variedad de servicios que satisfacen las necesidades de cada persona.
- Línea de Crisis de Salud Comportamiento, incluyendo servicios de crisis.
- Revisiones Clínicas para asegurar que los servicios son médicamente necesarios y son los mejores que satisfagan sus necesidades.
- Una red de proveedores de salud.
- La administración de una red de proveedores para garantizar la disponibilidad local de servicios de calidad.
- La recepción y resolución de todos los problemas, las quejas y las solicitudes de apelaciones de manera oportuna.
- Programas educativos y entrenamientos comunitarios.
- El acceso a los servicios para las personas que ingresen a la comunidad desde hospitales, prisiones, instituciones residenciales estatales y centros de tratamiento.

Trillium es responsable de administrar eficientemente los limitados recursos públicos disponibles para nuestros servicios. Nosotros creemos que es importante trabajar en asociación con personas, familias y partes interesadas de la comunidad, como los departamentos de servicios sociales, departamentos de salud, departamentos de justicia juvenil, centros de salud federalmente calificados y hospitales locales, para satisfacer las necesidades de las personas en nuestra región. Trillium está comprometido a cuidar y trabajar para mejorar el bienestar en nuestras comunidades para ayudar a desarrollar una base sólida necesaria para prevenir problemas más adelante.

Los miembros de nuestra red de proveedores deben someterse a una rigurosa revisión de credenciales y están continuamente monitoreados para garantizar la calidad. Estamos nacionalmente acreditados en las áreas de Centro de Llamadas de Salud, Red de Proveedores de Salud, Administración de la Utilización y como organización administradora de cuidados conductual y de salud. Trillium es una organización de cuidado administrado de Medicaid. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte (DHHS, por sus siglas en inglés) nos contrata para operar la Exención combinada 1915(b)/(c) de Medicaid en nuestra región, también conocida como nuestra área de cobertura.

Para obtener más información sobre Trillium, los servicios que ofrecemos y datos de acceso, visite nuestro sitio web www.TrilliumHealthResources.org o llame a nuestro número gratuito de Servicios al Afiliado y Beneficiario al 1-877-685-2415. Usted puede hacer preguntas, recibir información, presentar quejas o solicitar una copia impresa de nuestro Manual para el afiliado y beneficiario.

Puede tener acceso la lista de proveedores en nuestro el sitio del Internet de Trillium en www.TrilliumHealthResources.org haciendo clic en "Encuentre un proveedor" en la parte superior derecha en su

pantalla. Puede buscar proveedores por ubicación, enfoque clínico y especialidades. La lista de proveedores incluye el nombre del proveedor, su dirección, números de teléfono, si están aceptando nuevos afiliados; También si el personal habla cualquier idioma que no sea el inglés y las calificaciones. Si lo solicita, Trillium le proporcionará más información sobre su proveedor. También puede llamar al 1-866-998-2597 para solicitar que se le envíe una copia impresa de los proveedores.

¿CÓMO SE RIGE TRILLIUM?

Trillium está administrado por una Junta de Gobierno que incluye tres comisionados de condados; personas con cuidados de salud específico, servicios sociales, seguros médicos, administración de hospitales y expertos en salud mental; y tres miembros del Comité Asesor de Consumidores y Familias de Trillium (CFAC por sus siglas en inglés).

Trillium tiene una estructura administrativa de dos niveles para mantener su administración cerca de las comunidades que servimos. El primer nivel administrativo está formado por tres Juntas de Asesores Regionales. A su vez, estas Juntas eligen representantes para el Consejo Administrativo de Trillium, que es nuestro nivel administrativo más alto.

¿CÓMO PUEDO INVOLUCRARME?

Para obtener información actualizada sobre programas y eventos de Trillium, visite nuestro sitio de Internet para agregar su número de teléfono móvil y/o dirección de correo electrónico para recibir mensajes de texto o correos electrónicos informativos de Trillium.

Como afiliado de Trillium, usted puede participar en nuestro Comité Asesor de Consumidores y Familias (CFAC por sus siglas en inglés). El CFAC incluye a las personas que reciben o han recibido servicios de salud mental, discapacidad intelectual y/o del desarrollo, trastorno de uso de sustancia (MH/IDD/SUD por sus siglas en inglés) y sus familiares o tutores. El CFAC es un comité asesor autónomo que opera bajo sus propios estatutos.

Tres miembros del CFAC también sirven como miembros votantes en nuestra Junta de Gobierno. Bajo la ley estatal, el CFAC sigue ciertas responsabilidades:

- Revisar, comentar y monitorear la implementación del plan de negocios local.
- Identificar deficiencias en los servicios y poblaciones relegadas y hacer recomendaciones sobre los servicios necesarios.
- Revisar y comentar sobre nuestro presupuesto anual.
- Participar en actividades de mejora de la calidad.
- Enviar recomendaciones al CFAC estatal sobre formas de mejorar la entrega de servicios.
- El CFAC ayuda a garantizar que las personas que reciben servicios participen en nuestros comités de supervisión, planificación y operaciones.

Si está interesado en convertirse en miembro del CFAC o desea obtener más información sobre el CFAC, llame al 1-866-998-2597 o visite www.TrilliumHealthResources.org y seleccione "Operaciones Regionales".

También tenemos el Comité de Derechos Humanos (Human Rights Committee (HRC)) que protege los derechos de las personas que reciben servicios. El comité revisa los datos concernientes a quejas sobre la violación de los derechos del afiliado, incluyendo preguntas sobre privacidad. La mayoría de las personas en este comité reciben servicios o son familiares de alguien que recibe servicios. El HRC revisa las posibles violaciones de derechos y controla las tendencias en el uso de intervenciones restrictivas, abuso, abandono y explotación, muertes y errores en medicación. El comité proporciona valiosos comentarios sobre posibles mejoras y tendencias generales.

Es posible que su proveedor cuente con un Comité de Derechos Humanos. Llame a su proveedor para obtener más información o puede llamar a Trillium al 1-866-998-2597 para obtener más información.

Si está interesado en formar parte del Comité de Derechos Humanos, usted debe ser un afiliado adulto, familiar de un afiliado, un profesional de servicios humanos o un proveedor de en la red de Trillium, y vivir en uno de los condados de nuestra área de cobertura. Usted puede completar el Human Rights Committee Application Form para ser considerado como miembro, o si tiene alguna pregunta puede llamarnos al 1-866-998-2597.

¿CUÁL ES LA POSICIÓN DE TRILLIUM ANTE LA DISCRIMINACIÓN?

Trillium cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas o tratarlos de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, género, orientación sexual o condición de transexual (Identidad de Género). No defendemos el racismo en ninguna de sus formas. No defendemos la exclusión, ya sea contra personas de diferentes habilidades o de diferentes razas. No estamos a favor de limitar el potencial de nadie mediante prácticas o creencias restrictivas. Trillium y sus proveedores contratados tampoco discriminan por etnicidad, religión, credo, identidad de género, orientación sexual, estado civil, estado familiar/parental, información genética, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o cualquier otra categoría protegida por las leyes federales o estatales.

Trillium proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

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

Trillium proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Interpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita de estos servicios, por favor contacte a Trillium la línea de Servicios al Afiliado y Beneficiario al 1-877-685-2415.

Si usted cree que Trillium Health Resources ha faltado en suministrar estos servicios o lo ha discriminado en otra manera por motivo de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede llenar una queja y mandar por correo o presentarla en persona a:

**Trillium Health Resources
201 West First St.
Greenville, NC 27858
o llamar al teléfono al 1-866-998-2597
o por fax 1-252-215-6879**

**por TTY marque 711 o 1-800-735-2962
y por correo electrónico a info@TrilliumNC.org.**

Usted puede presentar un agravio en persona, por correo o por correo electrónico. Si necesita ayuda llenando una queja, los agentes del Centro de Llamadas de Trillium puede ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, en la Oficina de Derechos Civiles, a través del Portal de en ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf, por correo o telefónicamente al:

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue,
SW Room 509F HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**

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

ATENCIÓN: Trillium no publica materiales ni comparte información que sean intimidante, engañosa o inexacta. Si usted no habla inglés, tenemos disponibles servicios de asistencia de lenguaje para usted libre de cargos. Llame a la línea de Servicios al Afiliado y Beneficiario al 1-877-685-2415 (TTY: 1-800-735-2962).

¿QUÉ ES ETHICSPPOINT?

EthicsPoint es una herramienta segura y confidencial (privada) para reportar sospechas de fraude, desperdicio y abuso. Usted puede tener acceso a EthicsPoint las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Puede comunicarse con el Comité de Derechos Humanos de Trillium o presentar una queja llamando al 1-866-998-2597. También puede informar de una forma anónima llamando a la línea directa gratuita EthicsPoint de Trillium al 1-855-659-7660. O bien, puede enviar un reporte en línea visitando www.TrilliumHealthResources.org y dando clic en el enlace [Reportar fraude y abuso en Ethicspoint](#) que está en la parte inferior de la página.

Si prefiere comunicarse con alguien que no pertenezca a Trillium, llame al Centro de Servicio al Cliente del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Carolina del Norte (N.C. DHHS por sus siglas en inglés) al 1-800-662-7030. Este número es supervisado por un proveedor externo, y su llamada será completamente anónima si así lo desea.

¿QUÉ ES LA EXENCIÓN DE MEDICAID?

EN ESTA SECCIÓN

- ¿Qué es la Exención de Medicaid?
- ¿Qué es el Plan de Salud de Carolina del Norte de Salud Mental, Discapacidad Intelectual y/o del Desarrollo y Síndrome de Uso de Sustancia (NC MH/IDD/SAS)?
- ¿Qué es la Exención Innovations 1915(c)?
- ¿Qué es el Registro de Necesidades Insatisfechas?
- ¿Cómo sé que soy elegible para los servicios bajo el Plan de Salud de Trillium?
- ¿Qué pasa si tengo otro seguro de salud además de Medicaid?
- ¿Qué pasa si me mueven del plan de Trillium al plan estándar?
- ¿Qué pasa si no siento que necesito estar en el plan de Trillium?
- ¿Qué pasa si soy miembro de una Tribu Reconocida Federalmente?

QUÉ ES LA EXENCIÓN DE MEDICAID?

Trillium Health Resources opera conforme a la exención de Medicaid 1915 (b)(c). Esto permite que se efectúen exenciones de algunos requisitos federales de Medicaid para poder ofrecer alternativas al sistema tradicional de prestación de servicios. Si usted recibe servicios de Medicaid en cualquiera de los condados en el área de cobertura de Trillium, y necesita servicios de servicios que cubrimos, significa que está afiliado a la exención de Medicaid 1915 (b)(c) de Trillium.

Los objetivos de la exención de Medicaid son:

1. Mejorar el acceso al cuidado.
2. Mejorar la calidad de los servicios.
3. Promover la eficiencia de costos.

Los beneficios de la exención de Medicaid 1915 son:

- Usted puede elegir a su proveedor.
- Se cumplen las necesidades médicas.
- Existe un proceso para la resolución de quejas.
- Usted tiene la oportunidad de obtener segundas opiniones.



Los requisitos de Trillium bajo la exención de Medicaid son:

- Proveer un teléfono de contacto las 24 horas del día y los 7 días de la semana.
- Proveer derivaciones de emergencia las 24 horas del día y los 7 días de la semana dentro de las dos horas de solicitud de los servicios.
- Proveer cuidados de urgencias dentro de las 48 horas de solicitud de los servicios.
- Proveer cuidados de rutina dentro de los diez (10) días calendario desde la solicitud de los servicios.
- Contar con personal calificado para la evaluación de los servicios solicitados por los proveedores.
- Ofrecer una red de proveedores calificados con la posibilidad de elegir, al menos, dos proveedores, excepto en los servicios de crisis y otros servicios especializados.
- Proporcionar material escrito que describa el plan de beneficios, la manera de acceder a los servicios y los derechos del afiliado.

La exención 1915(b)(c) de Carolina del Norte es aprobada por los Centros Federales de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)). La Exención es una exención de cuidados administrados/libertad de elección que cubre a los beneficiarios de Medicaid en nuestra área de cobertura para servicios de salud mental severa, discapacidades intelectuales y/o del desarrollo (DID), uso de sustancias y lesiones cerebrales traumáticas (LCT). Se llama "exención" porque algunos requisitos de la ley federal de Seguro Social son exentos:

- Exención a través del Estado: Permite que Carolina del Norte tenga planes de atención médica administrada para la salud Conductual en áreas específicas del Estado, como es nuestra región de 28 condados.
- Exención a la comparabilidad de los servicios: Permite a Carolina del Norte proporcionar diferentes beneficios a las personas afiliadas en el sistema de cuidados administrados.
- Exención a la libertad de elección: Esto permite que Trillium tenga una red de proveedores cerrada y requiere que los afiliados del Plan de Salud elijan proveedores dentro de la red, con algunas excepciones.

La Exención 1115 se lanza en Carolina del Norte en julio de 2021 con los Planes Estándar. Estos planes servirán a la mayoría de los afiliados con necesidades físicas y básicas de salud conductual. Las organizaciones de cuidados administrados, tales como Trillium, continuarán sirviendo a los afiliados con necesidades graves de salud mental y uso de sustancias, junto con DID y LCT.

El plan de salud N.C. MH/IDD/SAS está diseñado para:

- Coordinar mejor el sistema de cuidados para la persona, familiares y proveedores.
- Administrar mejor los recursos para que los dólares invertidos en servicios puedan dirigirse a quienes más lo necesitan.
- Desarrollar una variedad más completa servicios y ayudas en la comunidad para que más personas pueden recibir servicios dentro de su comunidad, con la menor interrupción posible en sus vidas cotidiana.
- Crear nuevos servicios opcionales (b)(3) financiados con ahorros que Trillium logra al administrar los cuidados más eficazmente. Estos servicios (b)(3) solo están disponibles para personas con Medicaid y están identificados revisando qué tipo de prácticas funcionan mejor y escuchando los comentarios de los afiliados y los familiares.

¿QUÉ ES EL PLAN DE SALUD DE CAROLINA DEL NORTE DE SALUD MENTAL, DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y/O DEL DESARROLLO Y SÍNDROME DE USO DE SUSTANCIA (NC MH/IDD/SAS)?

Trillium garantiza la disponibilidad de una variedad de servicios y proveedores en los condados en los que sirve. Las personas de tres (3) años de edad o más con cobertura de Medicaid en uno de nuestros condados de servicio son elegibles para recibir los servicios de salud mental, discapacidad intelectual y/o del desarrollo (DID) y abuso de sustancias. Los servicios disponibles incluyen los que actualmente están cubiertos por el plan de Medicaid de Carolina del Norte. La exención 1915(b) permite que se

agreguen servicios que pueden no estar incluidos en las opciones de servicio actuales de Medicaid en Carolina del Norte. La adición de cualquier servicio nuevo se basará en las mejores prácticas. Los nuevos servicios añadidos incluirán los aportes de los afiliados y sus familias.

La red de proveedores de Trillium se desarrolla para garantizar la disponibilidad de servicios de prácticas basadas en la evidencia. Los servicios basados en evidencia integran investigación, experiencia clínica y el valor del paciente en el proceso de toma de decisiones para el cuidado del afiliado. Usted puede elegir a cualquier proveedor dentro de la red de Trillium que reúna las condiciones para ofrecer el servicio aprobado. Recibirá información e instrucción que lo ayudará a elegir proveedores si llama al número de Servicios al Afiliado y Beneficiario al 1-877-685-2415.

La descripción de servicios y políticas del Plan de Salud NC MH/IDD/SAS están disponibles en [North Carolina Division of Medical Assistance Clinical Policy 8P](#).

Para tener más información sobre el Plan de Salud, por favor, llame a la Línea de Servicio al Afiliado y Beneficiario 1-877-685-2415, o lea la [NC Innovations Individual and Family Guide](#).

¿QUÉ ES LA EXENCIÓN INNOVATIONS 1915(C)?

La exención Innovations es una exención basada en el hogar y la comunidad para personas con discapacidades intelectuales y/o del desarrollo (DID). Trillium maneja esta exención en nuestros 28 condados.

La exención Innovations sirve a personas de cualquier edad y permite que se pueda ofrecer servicios de cuidados a largo plazo en el hogar y entornos basados en la comunidad para personas con un DID que cumplen con los criterios de nivel de cuidados institucional. La participación en la exención de innovaciones se limita al número de personas aprobadas por los Centros Federales de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)) cada año y los fondos son aprobados por la Asamblea General del Estado de Carolina del Norte (N.C. General Assembly).

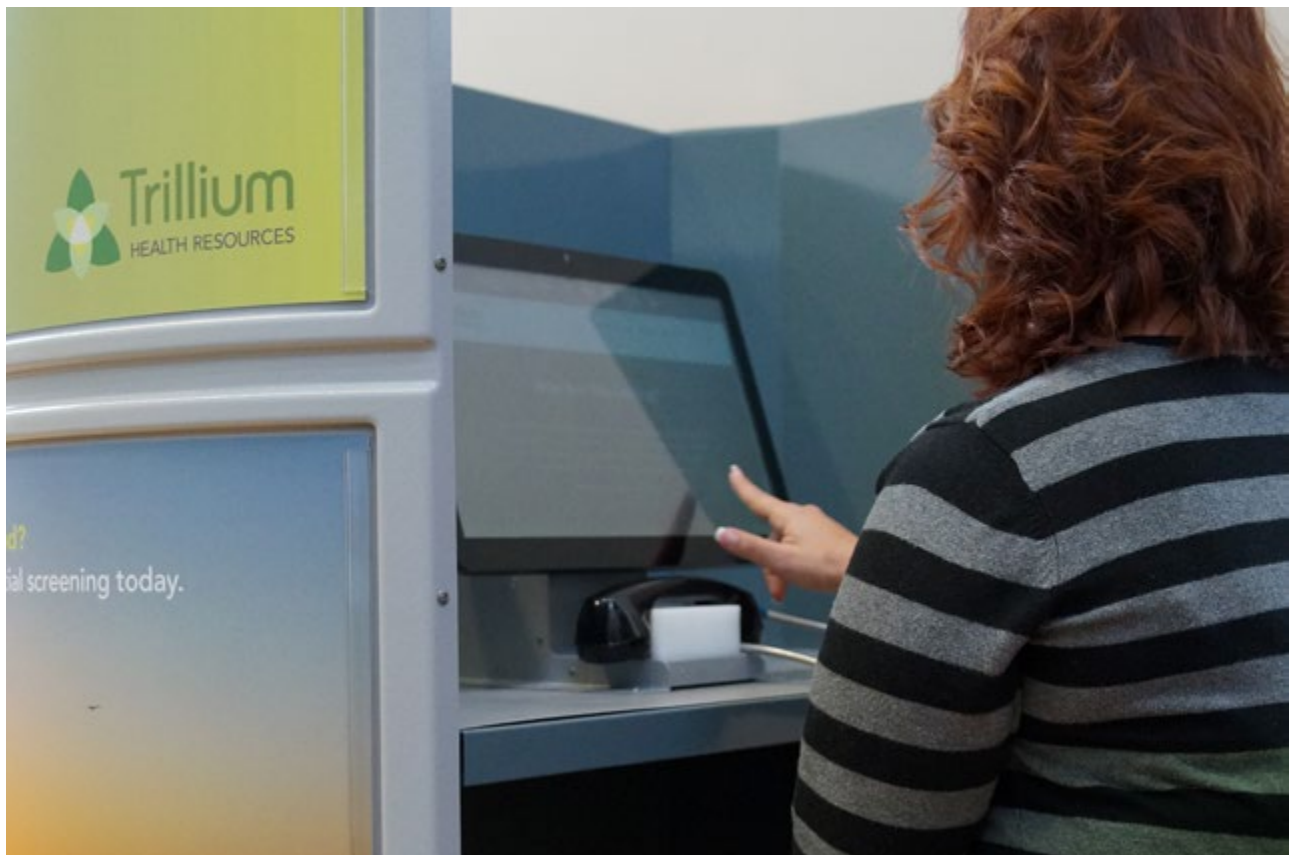
La exención Innovations ofrece a los individuos y las familias dos niveles de control y responsabilidad:

1. Servicios dirigidos por el proveedor.
2. Opciones de asistencia dirigidas por la persona y la familia (que incluye los modelos Agency with Choice [Agencia con opciones] y Employer of Record [Empleador de registro]). Bajo esta opción, las personas o familiares tienen mayor control de todo o parte de los apoyos en su Plan de Apoyo Individual.

La descripción de los servicios y las políticas de cobertura médica de la exención NC Innovation se indican en [la política de cobertura médica 8P de la Division of Medical Assistance](#) (División de Asistencia Médica) de Carolina del Norte. Para más información por favor consulte la guía Trillium's NC Innovations Individual and Family Guide.

¿QUÉ ES EL REGISTRO DE NECESIDADES INSATISFECHAS?

El Registro de Necesidades Insatisfechas (RUN por sus siglas en inglés) es una lista mantenida por Trillium para dar seguimiento de las personas que esperan los servicios de DID. Para obtener más información sobre la Exención de Innovaciones o el Registro de Necesidades Insatisfechas, llame a la Línea de Servicio para Afiliados y Beneficiarios de Trillium al 1-877-685-2415. El personal de Trillium revisará la solicitud y determinará si hay otras opciones en la variedad de servicios que podrían satisfacer las necesidades del afiliado antes de agregarlo al Registro de Necesidades Insatisfechas. Recomendamos encarecidamente a los padres o tutores del afiliado que tengan un diagnóstico de DID y que pueden necesitar los servicios de la exención Innovations que nos llamen para que puedan agregarlos al registro ahora.



¿CÓMO SÉ QUE SOY ELEGIBLE PARA LOS SERVICIOS BAJO EL PLAN DE SALUD DE TRILLIUM?

La exención está disponible para las personas que reciben Medicaid. Para ser elegible para la cobertura de Medicaid, debe:

- Ser ciudadano Estadounidense o presentar un comprobante de su estado migratorio que reúna las condiciones establecidas.
- Ser residente del Estado de Carolina del Norte.
- Contar con un número de Seguro Social o haberlo solicitado.
- Presentar su solicitud y recibir la aprobación para Medicaid en la oficina local del Department of Social Services (Departamento de Servicios Sociales o DSS, por sus siglas en inglés).
- Estar incluido en alguna de las categorías de cuidados de Medicaid que le permitan reunir las condiciones establecidas conforme al Plan de Salud de Trillium Health Resources.

Si usted actualmente recibe beneficios del Social Security Insurance (Seguro Social o SSI, por sus siglas en inglés), asistencia especial para personas ciegas, asistencia familiar del programa Work First o asistencia especial para personas de la tercera edad o discapacitados, automáticamente será elegible para Medicaid y no tendrá que presentar una solicitud para Medicaid de forma separada.

Trillium no permite copagos, deducibles u otras formas de costos compartidos de los afiliados del Medicaid por los servicios salud mental, DID, uso de sustancias o LCT según el contrato con N.C. Department of Health Benefits. Además, los afiliados no están obligados a pagar por citas perdidas. Algunos servicios están disponibles para aquellos que no tienen Medicaid, o no tienen seguro médico o tienen seguro médico que es insuficiente; consulte la página 19 para obtener una lista de los servicios disponibles.

¿QUÉ PASA SI TENGO OTRO SEGURO DE SALUD ADEMÁS DE MEDICAID?

Usted debe informar tanto a Trillium como a su proveedor si tiene otro seguro que no sea Medicaid. Esto podría incluir Medicare o un seguro privado. Las reglamentaciones federales exigen que Medicaid sea la "entidad pagadora de última instancia". Medicaid paga por los servicios autorizados luego de que su otro seguro (incluyendo Medicare) haya procesado su reclamo y haya tomado una decisión en cuanto al pago.

¿QUÉ PASA SI ME MUEVEN DEL PLAN DE TRILLIUM AL PLAN ESTÁNDAR?

Trillium trabaja con NC DHHS para determinar cuándo los afiliados quizás no necesiten de los servicios extensivos que están disponibles bajo Trillium. Cuando esto ocurre, los afiliados se transfieren al Plan Estándar. El Plan Estándar sirve a la mayoría de las personas que reciben servicios de Medicaid en Carolina del Norte con cuidados de salud física y con algunos de los servicios de salud conductual disponibles con organizaciones de cuidados administrados, tales como Trillium.

Todavía hay muchos servicios disponibles en el Estándar plan para salud mental y uso de sustancia, incluyendo:

- Terapia Individual y de Grupo
- Programas de crisis basados en instituciones
- Servicios móvil de administración de crisis
- Tratamiento de opiáceos ambulatorios
- Centro de tratamiento de estabilización de crisis por desintoxicación por uso de drogas y alcohol

NC DHHS le notificará cuando usted sea transferido al Plan Estándar. Usted será capaz de trabajar con el agente de inscripción el cual lo guiará en la elección de uno de los planes de salud disponibles. Puede llamar al agente de inscripción al 1-833-870-5500.

El agente de inscripción le ayudará a:

- Buscar un proveedor de servicios de salud
- Obtener su información clínica y transferir registros médicos (es decir, sus planes de cuidados u otra documentación de respaldo)
- Contestar cualquier pregunta que usted tenga

Los afiliados también tienen la opción de escoger “opt out of” (optar por no participar) en Trillium y recibir servicios en el Plan Estándar, en su lugar. Por favor, consulte la siguiente sección “¿Qué pasa si no siento que necesito estar en el Plan de Trillium?”. Usted debe ser capaz de permanecer con el mismo proveedor de cuidados primarios y cualquier especialista que haya visto una vez que haga la transición al Plan Estándar, pero el agente de inscripción podrá responder preguntas específicas que tenga con respecto a este proceso.

¿QUÉ PASA SI NO SIENTO QUE NECESITO ESTAR EN EL PLAN DE TRILLIUM?

Si cree que sus condiciones de salud mental o de consumo de sustancias no son lo suficientemente severas como para requerir los servicios a través de Trillium, puede elegir por no participar y optar para ser transferido al Plan Estándar. Por favor, discuta esta opción con su equipo de cuidados (proveedor de cuidados primarios, consejeros y otros) antes de tomar una decisión final. Si bien es posible que usted esté experimentando una mejoría temporal en los síntomas, sus proveedores le ayudarán a determinar si su tratamiento podría verse afectado negativamente si es transferido. Los afiliados deben estar conscientes de que los Planes Estándar no cubren beneficios o servicios para personas con DID o LCT. Los afiliados pueden llamar al agente de inscripción al 1-833-870-5500 si desean ser transferidos al Plan Estándar.

¿QUÉ PASA SI SOY MIEMBRO DE UNA TRIBU RECONOCIDA FEDERALMENTE?

Las tribus que son reconocidas federalmente tienen la opción de inscribirse en planes separados llamados la Tribal Option. Este plan afronta los determinantes culturales, comportamiento físicos y médicos, y sociales únicos de las necesidades de salud de los miembros tribales reconocidos federalmente y por otras personas elegibles para recibir servicios de salud para indígenas. Actualmente la única tribu federalmente reconocida en Carolina del Norte es la Eastern Band of Cherokee Indians (EBCI).

Los miembros de EBCI y otras personas elegibles para recibir Indian Health Services (servicios de salud para indígenas) se pueden inscribir en la opción tribal si viven dentro de los cinco condados occidentales de Swain, Jackson, Haywood, Cherokee y Graham. Las personas tendrán la capacidad de optar por no participar en la Opción Tribal, aunque residan en estos cinco condados y podrán participar en los cuidados administrados de Medicaid (ya sea un Plan Estándar o el Plan Personalizado de salud conductual (BH por sus siglas en inglés) DID, una vez lanzado) o NC Medicaid Direct. Si usted desea optar por no participar en el Plan Personalizado y elegir el EBCI en su lugar, llame al agente de inscripción al 1-833-870-5500.

¿CÓMO OBTENER SERVICIOS?

EN ESTA SECCIÓN

- ¿Cómo obtener los servicios?
- ¿Cuándo debo llamar a Trillium?
- ¿Qué hacer en caso de tener problemas de audición?
- ¿Cómo tener Asistencia en un idioma que no sea inglés o es ciego?
- ¿Qué pasa cuando llamo a Trillium?
- ¿Cómo se abordan las necesidades?
- ¿Cómo se manejan las situaciones de emergencia?
- ¿Puedo obtener ayuda para la transportación para mis citas?

¿CÓMO OBTENER SERVICIOS?

Trillium lo ayudará a tener acceso a los servicios. Sin embargo, usted puede tener acceso a los servicios directamente desde cualquier proveedor de la red de Trillium. Puede dirigirse directamente al proveedor que elija. Esta persona lo ayudará a inscribirse en los servicios. No necesita llamar a Trillium primero. Puede programar una cita directamente con el proveedor o dirigirse a su oficina.

Usted puede llamar al número gratuito de Servicios al Afiliado y Beneficiario al 1-877-685-2415 para tener acceso a los servicios.

El personal que atiende la llamada podrá ayudarlo a:

- Inscribirse en el sistema de salud mental, discapacidad intelectual y/o del desarrollo y abuso de sustancias.
- Completar una breve evaluación por teléfono para determinar la urgencia.
- Programar una cita para una evaluación con un proveedor de la red.
- Proporcionarle información sobre los recursos comunitarios.
- Organizar servicios de intervención personalizada de emergencia.
- Tener acceso a los servicios de Peer Support (Apoyo entre pares).

Importante: Si tiene una emergencia médica o que ponga en peligro su vida, **llame al 911 o vaya a la emergencia en un hospital.**

No necesita llamar a Trillium primero. Una emergencia que pone en peligro la vida es cuando usted u otra persona responsable piensa que usted u otra persona no se lastime. Si usted tiene Medicaid, no será responsable del pago de los servicios en el caso de una emergencia. Tampoco tiene que ir a un proveedor o centro en la red Trillium para el tratamiento de una emergencia.

¿CUÁNDO DEBO LLAMAR A TRILLIUM?

Usted debe llamar a Trillium si:

- Se preocupa por un problema emocional, de aprendizaje o de conducta.
- Se preocupa por un problema de alcohol o drogas.
- Necesita un proveedor o desea cambiar el actual proveedor.
- Está teniendo dificultad en encontrar un proveedor que satisfaga sus necesidades.
- Tiene miedo de pensamientos, estados de ánimo y emociones que está teniendo.
- Se siente deprimido o ansioso o está experimentando tristeza por largo tiempo, durmiendo más o no se puede concentrar.
- Busca servicios de salud de comportamiento para su hijo.
- Es un padre o tutor de un niño al que se le ha diagnosticado una DID y necesita servicios/apoyos para ayudarlo a satisfacer las necesidades de su hijo.
- Creer que su hijo tiene quejas excesivas de dolencias físicas, que no puede hacer frente a los problemas diario o tiene cambios repentinos en los hábitos de sueño o alimentación.
- Tener pensamientos recurrentes de muerte o suicidio y/o tener comportamiento de hacerse daño a si mismo
- Sentir que cada día es peor que el día anterior o dejar de disfrutar de los intereses que anteriormente disfrutaba
- Tenga una persona de confianza, como un amigo, familiar, maestro, consejero o médico, que piensa que usted necesita ayuda.
- Quiere información sobre los beneficios del Plan de Salud de Trillium.
- Tiene preguntas sobre los cambios en la exención, sus beneficios o servicios.
- Quiere presentar una queja o agravio, o necesita ayuda para presentar una apelación.
- Debe estar conectado a su coordinador de atención asignado u otro miembro del personal de Trillium.
- Le gustaría obtener más información sobre salud mental, DID o recursos para el uso de sustancias.

Trillium puede contactarlo con un proveedor que satisfaga sus necesidades. Tendrá la opción de elegir entre diversos proveedores apropiados. Podrá elegir el que considere que satisface mejor sus necesidades. Trillium programará una cita con el proveedor que usted elija.

¿QUÉ HACER EN CASO DE TENER PROBLEMAS DE AUDICIÓN?

Si es sordo o tiene problemas de audición y posee un dispositivo TTY, siga estos pasos para ponerse en contacto con el número gratuito de Crisis de Salud Conductual.

1. **Marque 711 o 1-800-735-2962**
2. Cuando aparezca el mensaje "RC NBR Calling PLS GA" en la pantalla del dispositivo TTY, escriba "1-877-685-2415" para comunicarse con el número gratuito de Servicios al Afiliado y Beneficiario de Trillium.
3. Un asistente para la retransmisión de telecomunicaciones responderá y le brindará asistencia durante toda la llamada.

Trillium trabaja con agencias que prestan servicios específicos para personas sordas o con problemas de audición. Para obtener más información sobre estas agencias, comuníquese con nosotros a través del número de Servicios al Afiliado y Beneficiario al 1-877-685-2415

¿CÓMO TENER ASISTENCIA EN UN IDIOMA QUE NO SEA INGLÉS O CIEGO?

El personal de Trillium puede conectarlo con un servicio de interpretación para un idioma que no sea inglés. Es un servicio gratuito para usted y está disponible en cualquier llamada. Es posible que tenga que esperar unos instantes para que comience la llamada en conferencia con el intérprete. El servicio gratuito de interpretación también está disponible cuando trabaje con los proveedores de en la red de Trillium.

Trillium también puede traducir este manual para afiliados, formularios y folletos a otros idiomas además

del inglés y el español, incluyendo el braille. Llame a la Línea de Servicio para el Afiliado y el Beneficiario al 1-877-685-2415 para solicitar la traducción de materiales a otros idiomas.

¿QUÉ PASA CUANDO LLAMO A TRILLIUM?

Un profesional entrenado de Trillium lo escuchará y le hará preguntas. Contamos con clínicos autorizados disponible cuando sea necesario para asistirle. Por favor, sea lo más claro posible al explicar sus necesidades. Si usted ya tiene un proveedor, trataremos de contactarle con los miembros de su equipo de tratamiento. Si no tienes un proveedor de tratamiento, está bien. Le ayudaremos a hacer una cita para una evaluación. Primero, haremos una referencia de ayuda de acuerdo con nuestra evaluación de sus necesidades y la gravedad del problema.

Queremos ayudarte a vincularse con los mejores servicios para tus necesidades. Muchas veces, podremos conectarle con el proveedor adecuado en la primera llamada. Al referir a las personas que llaman para servicios, trataremos de ofrecer proveedor que mejor se adapten a sus solicitudes y necesidades. Una vez que usted elija un proveedor, permaneciendo usted en la línea, le haremos una cita.

¿CÓMO SE ABORDAN MIS NECESIDADES?

Las personas con el mismo diagnóstico pueden tener fortalezas y habilidades muy diferentes. Trillium lo evaluará utilizando herramientas de evaluación reconocidas a nivel nacional que miden su nivel de funcionamiento. Las herramientas de evaluación son un conjunto estandarizado de pautas utilizadas por el personal clínico para realizar la evaluación inicial de sus necesidades. Esta evaluación se compartirá con el proveedor antes de su cita. Este intercambio de información evitará servicios duplicados y permitirá que los servicios comiencen de manera oportuna. Eso significa que usted puede comenzar a recibir sus servicios y ayudas más rápido.

Trillium clasificará (asignará un nivel de urgencia) a sus necesidades en una de tres categorías: emergente, urgente o de rutina. Lo que compartas con Trillium determinará en qué categoría caen sus necesidades.

Los servicios móviles de crisis están disponibles en todos los condados de cobertura de Trillium. Para obtener más información sobre alternativas para departamentos de emergencia de hospitales, consulte la **Sección 4** de este manual. Para necesidades urgentes y de rutina, le ayudaremos a programar una cita.

¿CÓMO SE MANEJAN LAS SITUACIONES DE EMERGENCIA?

Si tiene una emergencia que supone un riesgo para la vida, llame al 911. También puede dirigirse a la sala de emergencia más cercana. No necesita llamar a Trillium antes de llamar al 911 o de dirigirse a la sala de emergencia. La atención de emergencia no requiere una aprobación o autorización previa de Trillium. Trillium no define qué es una emergencia. En caso de emergencia, debe hablar con su proveedor de servicios lo antes posible. Su proveedor puede escuchar sus inquietudes y ayudarlo a recibir la atención de emergencia que necesita.

Las emergencias de salud mental son graves, pero no siempre requieren una visita a la sala de emergencia. La mayoría de las emergencias de salud mental se pueden manejar si llama a su proveedor de salud. Los servicios de crisis están detallados en **Sección 4**. Los servicios de post-estabilización no requieren pre-autorización, y podemos ayudarlo a asegurar que estos

servicios sean suministrados. Los proveedores que ofrecen servicios de post-estabilización variarán según la ubicación del afiliado y las necesidades directas y pueden diferir de donde el afiliado recibió servicios de emergencia o crisis.

¿PUEDO OBTENER AYUDA PARA LA TRANSPORTACIÓN PARA MIS CITAS?

Si usted recibe Medicaid, puede utilizar el Servicio de Transportación de Medicaid que no es para emergencias (NEMT por sus siglas en inglés) para ir y venir de la oficina de su médico, hospital, u otra oficina médica que Medicaid apruebe los cuidados. Este servicio se ofrece a través de la oficina local del Departamento de Servicios Sociales (DSS por sus siglas en inglés). Este Servicio está disponible en todos los condados donde Trillium presta servicio. Comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales local para consultar cómo utilizar este servicio. También puede llamar a Trillium al 1-877-685-2415 para que lo ayude a contactar su oficina local del DSS. Puede solicitar que la primera cita sea en su casa si el transporte es un problema. Usted y su proveedor de salud pueden hacer un plan para el transporte a citas futuras



CATEGORÍAS DE NECESIDAD		
Si tiene una NECESIDAD DE EMERGENCIA (2 HORAS)	Si tiene una NECESIDAD URGENTE (48 HORAS)	Si tiene una NECESIDAD ROUTINARIA (10 DÍAS)
Esto significa usted: • Teme suicidarse. • Teme cometer homicidio. • Está en riesgo de algún daño si no tiene supervisión. • Está en una fase psicótica activa. (Proceso de pensamientos extraños) con dificultad de cuidarse a usted mismo. • Informa sobre alucinaciones y delirios que podrían causar lesiones a usted o daño a otras personas. • No puede cuidar de usted mismo. • Experimenta síntomas de abstinencia de sustancia (temblores, sudoración, etc.).	Esto significa para usted: • No estar activamente con temores a suicidarse o cometer un homicidio (negar tener un plan para esto). • Expresa sentimientos de desesperanza o ansiedad, sin ningún plan de hacer daño. • Sus síntomas son moderados o leves • Experimentó recientemente alucinaciones o delirio, pero no los siente actualmente. • Sin una intervención inmediata sus síntomas podrían gravarse o progresar a una necesidad de emergencia.	Esto significa para usted: • No representa riesgo para usted u otra persona. • Puede ocuparse de usted en las faenas diarias. • Está experimentando angustia, pero no lo incapacita.
¿Qué pasará? Trillium organizara una reunión en persona dentro de las dos horas después la solicitud de servicios de emergencia fue hecha o inmediatamente en caso de que se trate de una emergencia que de riesgo de vida. Los afiliados que presenten necesidades Emergentes recibirán acceso al cuidado de INMEDIATO, lo que incluye el envío de servicios de emergencia llamando al 911.	¿Qué pasará? Le haremos una cita en persona con un proveedor en nuestra red para evaluación y/o tratamiento dentro de 48 horas de su solicitud de cuidados.	¿Qué pasará? Le haremos una cita en persona con un proveedor en nuestra red para evaluación y/o tratamiento dentro de los 10 días calendario de su solicitud de cuidados.

¿CÓMO OBTENGO AYUDA EN UNA CRISIS?

EN ESTA SECCIÓN

- ¿Cómo consigo ayuda en una crisis?
- ¿Qué es una crisis de salud del comportamiento?
- ¿Debería llamar a mi proveedor si estoy en crisis?
- ¿Qué son los equipos de crisis móviles?
- ¿Cómo tener acceso a los servicios de crisis móvil?

¿CÓMO OBTENGO AYUDA EN UNA CRISIS?

En una crisis, usted debe buscar ayuda, especialmente si se siente preocupado por su seguridad o la seguridad de alguien que usted conoce. El número de teléfono al que debe primero dependerá del tipo de crisis o emergencia y cuando sucede. **Si tiene una emergencia que pone en peligro su vida, llame al 911.** También puede ir al servicio de emergencias más cercano. No necesita llamar a Trillium antes de llamar al 911 o antes de ir al servicio de emergencias. Los cuidados de emergencia no requieren aprobación previa o autorización de parte de Trillium. Trillium no define qué es una emergencia. Esto puede incluir situaciones donde una persona ha causado daño físico severo a sí mismo o a otros. Si usted está experimentando una crisis que no es potencialmente mortal, debe llamar directamente al equipo móvil de crisis que atiende a su condado (página 36).

¿QUÉ ES UNA CRISIS DE SALUD DE COMPORTAMIENTO?

Una crisis de salud mental existe cuando una persona muestra síntomas de enfermedad mental grave o trastorno de uso de sustancias, como:

- Pensamientos o acciones suicidas, homicidas o violentos.
- Psicosis: pérdida parcial o total de la capacidad de saber qué es real y qué no lo es (como alucinaciones, delirios, paranoia).
- Incapacidad de cuidarse a sí mismo en faenas básicas.
- Arrebatos incontrolables o acciones agresivas que colocan a una persona con un DID o su entorno en riesgo de lastimarse.
- Los síntomas físicos de abstinencia de drogas o alcohol o la realización de que necesita ayuda inmediata con un problema de alcohol o drogas.

¿DEBERÍA LLAMAR A MI PROVEEDOR SI ESTOY EN CRISIS?

Las emergencias de salud mental son graves, pero no siempre requieren visitar a emergencias. La mayoría de las emergencias de salud mental se pueden manejar llamando a su proveedor. Si usted es teniendo una crisis de salud de comportamiento, su proveedor de tratamiento actual debe hablar con usted de inmediato. Tu proveedor debe escuchar sus inquietudes y ya sea darle orientación sobre qué hacer o coordinar para usted reciba atención de emergencia o de crisis. Su proveedor puede que lo refiera a un equipo de crisis móvil.

Los proveedores también ayudarán con los servicios de post-estabilización (se ofrecen después de que ocurre la emergencia). Los servicios de post-estabilización no requieren autorización previa, y Trillium ayuda a asegurar que usted los reciba si los necesita.

Si usted no tiene una situación que pone en peligro su vida, también puede llamar a su médico actual de cuidados primarios o a su equipo local de Administración de Crisis Móvil (MCM por sus siglas en inglés).

¿QUÉ SON LOS EQUIPOS DE CRISIS MÓVILES?

Los servicios de crisis móviles brindan consejería en persona y servicios de apoyo durante una crisis y le pueden ofrecer ayuda en casos de intoxicación, abstinencia de drogas, razonamiento deficiente, pensamientos suicidas u otros problemas de crisis relacionados con la salud de comportamiento. Este servicio no está limitado a los beneficiarios de Medicaid y está disponible para cualquier persona en nuestros 28 condados de cobertura. Los equipos de crisis móviles contratados por Trillium, pueden proporcionar evaluación, tratamiento y puede referir transferencia segura para garantizar el apoyo y los servicios adecuados.

¿CÓMO TENGO ACCESO A LOS SERVICIOS DE CRISIS MÓVIL?

Los equipos móviles de crisis están formados por personal clínico experimentado y bien entrenado en técnicas de prevención y estabilización de crisis. Si experimenta una crisis de salud del comportamiento, un miembro de Crisis Móvil responderá y se reunirá con usted donde usted se encuentre, ya sea en el hogar, en la escuela, en el trabajo o en la comunidad. Servicios de crisis móvil:

- Proporciona evaluación, tratamiento y referencia para transferir de manera segura a una persona a los apoyos apropiados y servicios
- Puede ofrecer ayuda en caso de intoxicación, abstinencia del uso de sustancias, deficiencia en razonamiento o los pensamientos suicidas

También puede contactar directamente al Equipo de Crisis Móvil más cercano a usted (detalles en la próxima página). Los servicios móviles de crisis pueden ofrecerle consejería en persona y servicios de apoyo en el momento de una crisis, las 24 horas del día, todos los días del año, sin costo para usted. Los equipos móviles de crisis trabajan para proveedores de la red que tienen contrato con Trillium.

1-844-709-4097

*RHA Health Services, Inc.
para los siguientes condados:*

<i>Brunswick</i>	<i>New Hanover</i>
<i>Carteret</i>	<i>Onslow</i>
<i>Craven</i>	<i>Pamlico</i>
<i>Jones</i>	<i>Pender</i>

Si usted está experimentando una emergencia médica, llama al 911 y/o vaya a la emergencia más cercana en su hospital local.

1-866-437-1821

*Integrated Family Services, PLLC
para los siguientes condados:*

<i>Beaufort</i>	<i>Hyde</i>
<i>Bertie</i>	<i>Jones</i>
<i>Bladen</i>	<i>Martin</i>
<i>Brunswick</i>	<i>Nash</i>
<i>Carteret</i>	<i>New Hanover</i>
<i>Camden</i>	<i>Northampton</i>
<i>Chowan</i>	<i>Onslow</i>
<i>Columbus</i>	<i>Pamlico</i>
<i>Craven</i>	<i>Pasquotank</i>
<i>Currituck</i>	<i>Pender</i>
<i>Dare</i>	<i>Perquimans</i>
<i>Gates</i>	<i>Pitt</i>
<i>Halifax</i>	<i>Tyrrell</i>
<i>Hertford</i>	<i>Washington</i>

¿QUÉ SERVICIOS Y AYUDAS ESTAN DISPONIBLES?

EN ESTA SECCIÓN

- ¿Qué Servicios y Ayudas están Disponibles?
- ¿Soy Elegible a los Servicios de Medicaid?
 - Desafiliación de Medicaid
- ¿Qué limitaciones para la elegibilidad de Medicaid debo conocer?
- ¿Tendré que pagar un copago si no tengo Medicaid?
- ¿Cómo puedo obtener atención para adultos y niños sin Medicaid?
- ¿Dónde obtengo una tarjeta de identificación de Medicaid?
- ¿Qué pasa si tengo seguro privado?
- ¿Qué servicios están disponibles?
 - ¿Qué son Servicios de Beneficios Básicos?
 - ¿Qué son Servicios de Beneficios ampliados?
- ¿Qué son los servicios de la exención NC Innovations?
- ¿Qué son los servicios integrados y recursos relacionados con necesidades de salud insatisfechas?
- ¿Qué Beneficios no están cubiertos por Trillium?
- ¿Cómo aprendo sobre los cambios en servicios y programas?
- ¿Qué es Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT)?
- ¿Qué son beneficios con valor agregado y en lugar de servicios?

¿QUÉ SERVICIOS Y AYUDA ESTAN DISPONIBLES?

Trillium cubre la mayoría de los servicios financiados con fondos públicos para salud mental severa, uso de sustancias y discapacidades intelectuales y/o del desarrollo (DID). Si usted está dentro de una de las categorías de Medicaid, dentro de los condados de cobertura de Trillium y no está inscrito en un plan estándar, automáticamente está afiliado al Plan de Salud de Trillium 1915(b)(c). Los beneficiarios del Medicaid aprobados para un cupo de exención Innovations son afiliados del Plan de Salud Trillium 1915(b). Trillium coordina los servicios como una organización de cuidados administrados.

En general, Trillium no cubre servicios de necesidades de salud física. Si tiene Medicaid y tiene preguntas sobre qué servicios están disponibles para satisfacer sus necesidades de salud física, como diabetes o presión arterial alta, llame al Centro de Servicio al Cliente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte (8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes) al 1-800-662-7030 (hay operadores disponibles que hablan español). Si le asignan un Administrador de Cuidados de Trillium, él o ella puede ayudarlo a comunicarse con un proveedor de atención primaria.

No somos responsables de los servicios disponibles a través de Medicare o TRICARE. Si tiene Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov) para obtener más información. Si usted es veterano o tiene un familiar con acceso a TRICARE, llame al Contratista Regional del Norte de TRICARE, a los Health Net Federal Services, LLC, al 1-877-TRICARE (1-877-874-2273) o visite [tricare.mil](https://www.tricare.mil) o [hnfs.com](https://www.hnfs.com).

El Estado de Carolina del Norte y los 28 condados de cobertura de Trillium también proporcionan fondos limitados para personas que no puedan pagar por algunos cuidados. Si usted no es elegible para Medicaid, puede que sea elegible a tener acceso a nuestro plan de salud que no requiere Medicaid. Los servicios que no son de Medicaid o con fondos del Estado no están disponibles para cuidados de salud física.

Los servicios de salud conductual y de crisis discapacidad intelectual y/o del desarrollo (DID) se ofrecen sin costo para cualquier persona. Esto incluye a aquellas personas que tienen seguro privado. Si tiene preguntas acerca de los servicios y las condiciones que debe reunir para recibirlos, llame al número de Servicio al Afiliado y Beneficiario de Trillium al 1-877-685-2415.

Los servicios disponibles se basan en los listados de servicios para servicios de salud de conductual y discapacidad del desarrollo de la División de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Abuso de Sustancias y de la División de Beneficios de Salud (DHB, por sus siglas en inglés). Algunos servicios están disponibles para todos los residentes, independientemente de la elegibilidad del seguro o de Medicaid. consulte la tabla de Servicios financiados por el Estado para obtener más información.

Los servicios financiados por el Estado son servicios básicos o servicios no básicos. Los servicios básicos son necesarios para la base básica de cualquier sistema de prestación de servicios. Los servicios básicos son de dos tipos: servicios primarios como exámenes y evaluaciones, y servicios indirectos como son prevención, educación y consulta a nivel comunitario. Los servicios no básicos son aquellos que no entran dentro de esta descripción; vea la tabla Servicios financiados por el Estado para obtener una lista exacta de los servicios.

¿SOY ELEGIBLE PARA LOS SERVICIOS DE MEDICAID?

Los servicios de la exención 1915(b)(c) están disponible para las personas que reciben Medicaid. Para ser elegible para la cobertura de Medicaid, debe:

- Ser ciudadano estadounidense o presentar un comprobante de su estado migratorio que reúna las condiciones establecidas.
- Ser residente del Estado de Carolina del Norte.
- Contar con un número de Seguro Social o haberlo solicitado.
- Presentar su solicitud y recibir la aprobación para Medicaid en la oficina local del Department of Social Services (Departamento de Servicios Sociales o DSS, por sus siglas en inglés), o en línea en el sitio de internet epass.nc.gov.

SERVICIOS DE MEDICAID

<i>Servicios de Salud Conductual (BH por sus siglas en inglés), DID y LCT cubiertos por ambos planes el Estándar y por MCOs como es Trillium</i>	<i>Servicios de Salud Conductual (BH por sus siglas en inglés), DID y LCT cubiertos EXCLUSIVAMENTE POR MCOs como es Trillium</i>
Servicios de tratamiento profesional en un programa de crisis basado en instalaciones	Instalaciones de Servicios de Tratamiento Residencial
Tratamiento ambulatorio de opioides	Servicios de tratamiento diurno para niños y adolescentes
Desintoxicación ambulatoria	Servicios intensivos a domicilio
Tratamiento de Salud Conductual basado en investigaciones para el trastorno del espectro autista (TEA)	Servicios de terapia multi-sistémica
Evaluación diagnóstica	Instalaciones de tratamiento psiquiátrico residencial (PRTF por sus siglas en inglés)
Desintoxicación médica sin hospitalización	Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT por sus siglas en inglés)
Centro de tratamiento de estabilización de crisis por desintoxicación por abuso de alcohol y drogas supervisado por un médico (ADATC por sus siglas en inglés)	Equipo de Apoyo Comunitario (CST por sus siglas en inglés)
Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT por sus siglas en inglés)	Rehabilitación psicosocial
Servicios de Salud Conductual para pacientes hospitalizados	Tratamiento residencial comunitario por abuso de sustancias no medicinal
Servicios de Salud Conductual para pacientes ambulatorios suministrado por un proveedor inscrito directamente.	Tratamiento residencial por abuso de sustancias supervisado médicamente
Servicios psicológicos en departamentos de salud y centros de salud escolares patrocinados por departamentos de salud	Programa ambulatorio intensivo por abuso de sustancias (SAIOP por sus siglas en inglés)
Apoyos en pares (Peer supports)	Programa de tratamiento compresivo ambulatorio por abuso de sustancias (SACOT por sus siglas en inglés)

SERVICIOS DE MEDICAID

<i>Servicios de Salud Conductual (BH por sus siglas en inglés), DID y LCT cubiertos por ambos planes el Estándar y por MCOs como es Trillium</i>	<i>Servicios de Salud Conductual (BH por sus siglas en inglés), DID y LCT cubiertos EXCLUSIVAMENTE POR MCOs como es Trillium</i>
Hospitalización parcial	Centros de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual (ICF-IID por sus siglas en inglés)
Administración de crisis móvil	Servicios de exención
Servicios de crisis basados en instalaciones para niños y adolescentes	Servicios de Exención de Innovations
Empleo con Apoyo (Supportive Employment)	Guía Comunitaria
Apoyo Vocacional a Largo Plazo	Consulta Médica
Licencia Terapéutica	

SERVICIOS CON FINANCIADOS POR EL ESTADO

**Los servicios financiados por el Estado no son un derecho y solo están disponibles mientras exista la financiación .*

<i>Grupo de Discapacidad</i>	<i>Servicios Principales</i>	<i>Servicios no Principales</i>
Todas las Discapacidades	1. Evaluación diagnóstica 2. Crisis basada en instalaciones para adultos 3. Servicios de Salud Conductual para pacientes hospitalizados, incluyendo Three-Way Contract beds 4. Administración de crisis móvil 5. Servicios ambulatorios	1. Cuidados de urgencia de Salud Conductual 2. Crisis basada en instalaciones para niños y adolescentes
Salud Mental para Adulto	1. Tratamiento asertivo comunitario (ACT) 2. Empoderamiento asertivo 3. Administración de casos 4. Equipo de apoyo comunitario (CST) 5. Apoyos de pares (Peer support) 6. Rehabilitación psicosocial 7. Servicios residenciales de recuperación de salud mental 8. Colocación y apoyo individual y empleo con apoyo (IPS-SE) 9. Servicio de administración de transición	1. Hospitalización parcial

SERVICIOS CON FINANCIADOS POR EL ESTADO

**Los servicios financiados por el Estado no son un derecho y solo están disponibles mientras exista la financiación .*

Grupo de Discapacidad	Servicios Principales	Servicios no Principales
Salud Mental Niños	1. Envoltura de Alta Fidelidad (High Fidelity Wrap Around) 2. Respiro	1. Intensivo en el hogar (Intensive in-home) 2. Tratamiento diurno de salud mental 3. erapia Multi-Sistémica
DID y LCT	1. Servicios diurnos significativos y pre vocacional 2. Servicios residenciales 3. Servicios de rehabilitación residencial a largo plazo depara LCT 4. Empleo con apoyo 5. Respiro	1. Terapia de desarrollo 2. Asistencia Persoanl 3. Apoyo diurno
Trastorno por Uso de Sustancias	1. Desintoxicación ambulatoria 2. Empoderamiento asertivo 3. Administracion de casos 4. Servicios residenciales de alta intensidad específicos para la población administrada clínicamente 5. Tratamiento ambulatorio de opioides 6. Desintoxicación médica sin hospitalización 7. Apoyos de pares (Peer support) 8. Servicios y apoyos residenciales por uso de sustancias 9. Centro de rehabilitación por abuso de sustancias 10. Tratamiento comprensivo ambulatorio por abuso de sustancias 11. Programa ambulatorio intensivo por abuso de sustancias 12. Tratamiento residencial comunitario por abuso de sustancias. supervisado médicamente 13. Tratamiento residencial comunitario no medicinal por abuso de sustancias 14. Colocación y apoyo individual (supported employment)	1. Servicios de desintoxicación de entornos sociales

Para los servicios de Medicaid, su oficina local del DSS decide la elegibilidad de Medicaid y cualquier copago o deducible. Si usted no puede presentar la solicitud en persona, o en línea, usted puede imprimir y enviar su solicitud completada por correo a la oficina local de DSS. Si usted actualmente recibe beneficios del Social Security Insurance (Seguro Social o SSI, por sus siglas en inglés), asistencia especial para personas ciegas, asistencia familiar del programa Work First o asistencia especial para personas de la tercera edad o discapacitados, automáticamente será elegible para Medicaid y no tendrá que presentar una solicitud para Medicaid de forma separada.

Desafiliación de Medicaid

Puede llegar a haber ocasiones en las que se le dará de baja de Medicaid. Trillium debe informar de las siguientes circunstancias al Departamento de Servicios Sociales dentro de los cinco días de haber conocido la siguiente información:

- El afiliado se encuentra en una institución correccional durante más de **30 días**.
- El afiliado ya no reúne las condiciones para la cobertura de Medicaid o no cumple con los requisitos para inscribirse en el plan.
- El afiliado se encuentra internado en una institución de salud mental y tiene entre 22 y 64 años de edad, con excepción de admisión a corto plazo, la cual se define que no es más de **15 días calendario** en un mes.
- El afiliado falleció.

¿QUÉ LIMITACIONES PARA LA ELEGIBILIDAD DE MEDICAID DEBO CONOCER?

Algunas categorías de ayuda de Medicaid no están cubiertas por el Plan de Salud de Trillium y permanecen bajo la División de Beneficios de Salud de Carolina del Norte (DHB). DHB es la agencia estatal de Carolina del Norte responsable de administrar el programa de Medicaid. Además, las regulaciones de Medicaid no nos permiten pagar los servicios prestados a internos de instituciones correccionales públicas o personas en instalaciones con más de 16 camas que están clasificadas como Instituciones de Enfermedades Mentales (IMD), con la excepción de las admisiones de "corto plazo", lo cual se definen como no más de **15 días calendario** en un mes.

Esto puede incluir algunos Hogar de Cuidado para Adultos y Hogar de Cuidados en entorno de familia (Family Care Home). Llame a la oficina local del Servicio Social de su condado si tiene preguntas adicionales sobre la elegibilidad de Medicaid. También debe saber que las regulaciones federales requieren que Medicaid sea el "entidad pagadora de última instancia". Esto significa que cualquier reclamación por sus servicios debe presentarse primero ante cualesquiera otras pólizas de seguros, incluyendo Medicare y seguros de salud privados, antes de presentarse para pago ante Medicaid. Su proveedor debe informar de cualquier otro pago de reclamos al solicitar el pago de Medicaid.

¿TENDRÉ QUE PAGAR UN COPAGO SI TENGO MEDICAID?

Un "copago" o "costo compartido" es la parte del pago por cualquier servicios de cuidados médico. Si es un beneficiario de Medicaid, no se le puede cobrar un copago por ninguno de los servicios administrados por Trillium de salud mental, uso de sustancias, DID o Lesiones Cerebral Traumática (LCT). Sin embargo, se le puede cobrar un copago por los servicios de salud física o algunas prescripciones.

No hay copago para los afiliados y servicios siguiente (por regulaciones federales):

- Afiliados menores de 21 años
- Afiliados que están embarazados
- Afiliados que reciben cuidados paliativos
- Miembros de tribus federalmente reconocidos
- Beneficiarios del Programa de Control del Cáncer Cervical y de Seno de Carolina del Norte (NC BCCCP por sus siglas en inglés)
- Niños en cuidados de crianza
- Niños bajo la ley de oportunidad familiar (Family Opportunity Act)
- Beneficiarios de 1915(c)
- Personas que viven en una institución y reciben cobertura por el costo del cuidado.
- Servicios de salud conductual, DID y LCT

¿CÓMO PUEDO OBTENER ATENCIÓN PARA ADULTOS Y NIÑOS SIN MEDICAID?

Para ser elegible para servicios que no son de Medicaid, su proveedor debe inscribirlo llamando a la Línea de Servicios al Afiliado y Beneficiario al 1-877-685-2415. La elegibilidad para los servicios que no son de Medicaid se basa en los ingresos, la ciudadanía y la disponibilidad de otros seguros y se limita a los servicios ofrecidos en el beneficio que no es del Plan de Medicaid. Si solicita servicios que no son de Medicaid, su proveedor le pedirá que comparta información sobre los ingresos anuales de su hogar para determinar si es elegible.

Los servicios que no son de Medicaid no son un derecho, y la disponibilidad se basa en los fondos que Trillium recibe del Estado. Muchos de los servicios que están disponibles a través de Medicaid no están cubiertos por el plan de beneficios que no requiere Medicaid, incluyendo el tratamiento residencial para niños. Los fondos que no son de Medicaid no pueden usarse para pagar copagos o deducibles bajo su seguro primario.

Los servicios no financiados por Medicaid incluyen:

- Gestión de crisis móvil
- Evaluación diagnóstica
- Tratamiento Asertivo comunitario (ACT por sus siglas en inglés)
- Varios servicios de abuso de sustancias
- Empleo con Ayuda

Para saber si puede ser elegible para servicios que no son de Medicaid, comuníquese con su proveedor o llame a la Línea de Servicios al Afiliado y Beneficiaria al 1-877-685-2415.

¿SE ME PEDIRÁ QUE PAGUE UN COPAGO SI NO TENGO MEDICAID?

Para los beneficiarios de servicios financiados por el Estado (no Medicaid), la ley Estatal requerirá copagos, deducibles u otras formas de costos compartidos para algunas personas (basado en el ingreso de la familia) para los servicios de salud mental, uso de sustancias, DID y LCT. Los servicios físicos no están cubiertos.

¿DÓNDE OBTENGO UNA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICAID?

Su tarjeta de identificación de Medicaid se emitirá y se le mandará a la dirección de su casa. Esta tarjeta es su tarjeta de afiliado de Trillium y tendrá el nombre y teléfonos de Trillium impreso. La N.C. Division of Health Benefits (División de beneficios de salud o DHB, por sus siglas en inglés) es la agencia estatal responsable de Medicaid en Carolina del Norte.

¿QUÉ PASA SI TENGO SEGURO PRIVADO?

Deberá informar a su proveedor si tiene otro seguro que no sea Medicaid. Esto podría incluir Medicare o un seguro privado. Los reglamentos federales exigen que Medicaid sea la "entidad que pague de última instancia". Esto significa que Medicaid paga por los servicios autorizados luego de que su otro seguro privado que usted tenga haya procesado su reclamo y haya tomado una decisión en cuanto al pago. Si la cantidad permitida por Medicaid es mayor que la de otro seguro, Medicaid pagará la diferencia de su copago, coseguro y deducible, lo que sea menor. Si el pago por el seguro es mayor que el monto aprobado por Medicaid, Medicaid no pagará el monto adicional.

¿QUÉ SERVICIOS ESTÁN DISPONIBLES?

Los proveedores trabajan con cada persona para determinar qué tipo de servicio se puede suministrar. Los servicios deben ser médicamente necesarios, en el Plan de Beneficios de Trillium, y ya sea en el plan financiado por el Estado o en el plan de Medicaid del Estado de Carolina del Norte. Hay varios tipos de servicios disponibles para personas con Medicaid que se basan en la necesidad, el historial de tratamiento y la definición estatal de necesidad médica. Estos niveles de servicio pueden ser Beneficios Básicos o Ampliados. Los servicios pueden estar disponibles de manera virtual (a través de una plataforma segura en línea) por teléfono; por favor pregunte a su administrador de cuidado o a su proveedor por más información.

¿Qué son Servicios de Beneficios Básicos?

Los servicios de beneficios básicos son servicios de atención médica diseñados para brindar intervenciones a personas con necesidades de tratamiento de salud mental o de abuso de sustancias menos graves. Estos servicios:

- No requiere referimiento de otro proveedor
- Reflejan el menor nivel de restricción.
- Se ofrecen intervenciones breves para necesidades agudas (inmediatas y a corto plazo).
- Disponible a través de una simple derivación de un proveedor de la red de Trillium o a través del número de Servicio al Afiliado y Beneficiario de Trillium al 1-877-685-2415.
- No requiere autorización previa, a menos que se necesite más cantidad de visitas que lo permitido debajo de lo aplicable en el plan de beneficio.
- Típicamente no se le asigna a un administrador de cuidados de Trillium.

Servicios de Beneficios Básicos incluyen tratamiento ambulatorio:	
Gestión de crisis móvil	Manejo de medicamentos
Terapia individual, familiar y grupal	Consejería de salud de comportamiento
Evaluación y pruebas psicológicas	

¿Qué son Servicios de Beneficios Ampliados?

Los servicios de beneficios ampliados tienen la intención de proporcionar una gama de servicios y apoyos que sean apropiados, si está buscando recuperarse de formas más agudas de enfermedad mental o uso de sustancias o para atender sus necesidades si tiene DID. Estos servicios:

- Incluyen servicios intensivos para ayudar a las personas a quedarse viviendo en sus casas.
- Se puede tener acceso a través servicio del proceso de planeación centrado en la persona e individualizado del afiliado.
- Requiere autorización previa.
- Se coordinan cuidadosamente para garantizar que usted reciba los servicios adecuados, sin la duplicación de servicios.

Según la Política de Cobertura Clínica 8-A, los servicios de beneficios ampliados incluyen:

Equipo de tratamiento comunitario asertivo (ACT)	Programa Exhaustivo Ambulatorio de Abuso de Sustancias (SACOT)
Substance Abuse Intensive Outpatient Program (SAIOP)	Tratamiento Intensivo Familia Alternativa (IAFT)
Servicios Intensivos Dentro del Hogar (IIH)	Tratamiento Ambulatorio de Opiáceos
Rehabilitación Psicosocial	Hospitalización Parcial
Instituciones basadas en Crisis	Terapia Multi-Sistemática (MTS)
Programa Ambulatorio Intensivo de Abuso de Sustancias (SAIOP)	Tratamiento residencial comunitario supervisado médicamente por abuso de sustancias.
Pruebas de Diagnóstico	Equipo de Apoyo Comunitario (CST)

¿QUÉ SON LOS SERVICIOS DE LA EXENCIÓN NC INNOVATIONS?

NC Innovations es un programa de exención de Medicaid para personas con DID. Esta exención brinda asistencia para darles a las personas y familias un mayor control sobre sus vidas al ofrecer una gran variedad de opciones de servicio a los afiliados. Una copia de esta guía puede ser vista en el enlace [NC Innovations Waiver Individual & Family Guide](#).

<i>La Variedad de Servicios para Discapacidad Mental y del Desarrollo</i>	
Servicios de relevo (Respite)	Vida con Familia Alternativa (AFL)
Día de desarrollo (Developmental Day)	Empleo con Ayuda
Guía Comunitario	Asistencia Diaria
Asistencia Residencial/ Hogares de grupo	Ayuda para vivir (Supported Living)
Vivienda y Asistencia Comunitaria	

¿QUÉ SON LOS SERVICIOS INTEGRADOS Y RECURSOS RELACIONADOS CON NECESIDADES DE SALUD INSATISFECHAS?

Trillium entiende que las personas pueden experimentar múltiples obstáculos. Trillium trabaja para ayudar a las personas a abordar todas sus necesidades de salud de conductual y DID, reconociendo que muchas personas tienen problemas concurrentes. Nuestros administradores de cuidados y proveedores son capaces de trabajar con nuestro equipo de Conexiones Comunitarias para asistir a los afiliados con el acceso de recursos para ayudar a abordar necesidades como son comida y nutrición adecuada, vivienda estable y segura, empleomanía y retos educacionales, inclusión comunitaria y más. Los recursos relacionados con necesidades de salud insatisfecha, pueden tener un papel importante en el impacto con su salud.

Trillium ha estado abordando oportunidades saludables en nuestras comunidades durante años. Tomamos un enfoque de salud y bienestar centrado en la persona y basado en la comunidad, coordinando los cuidados en múltiples sistemas para lograr mejores resultados de salud. Donde una persona vive física y socialmente, aprende, trabaja y juega, todo tiene un tremendo impacto en su salud. A través de nuestro trabajo con organizaciones comunitarias locales en todo el Este de Carolina del Norte. Equipo de Conexiones Comunitarias utiliza estas relaciones en conjunto con NCCARE360, que es la primera red que coordinadoras de cuidados a un nivel estatal, para conectar a los afiliados con los recursos disponibles en su comunidad. Si desea preguntar sobre estos recursos, llame a nuestro equipo de Conexiones Comunitarias al 1-877-685-2415.

¿QUÉ BENEFICIOS NO ESTÁN CUBIERTOS POR TRILLIUM?

Por favor, póngase en contacto con Trillium en el 1-877-685-2415 para preguntar sobre servicios especializados que quizás no estén cubiertos por el Plan de Trillium o el plan de que no es financiado por Medicaid. Ejemplos de los servicios que pueden ser cubiertos por otros proveedores que aceptan Medicaid incluyen: servicios dentales, servicios de la vista (incluyendo anteojos y lentes de contacto), y servicios con agencias de desarrollo infantil. Solicitudes para servicios que no estén incluidos dentro del Plan de Medicaid de Carolina del Norte, puede ser que estén cubiertos por la ley federal de Medicaid, si la persona es menor de 21 años de edad.

Las solicitudes de servicios no cubiertos deben enviarse a Trillium usando un formulario "[Non-Covered State Medicaid Plan Services Request Form for Recipients under 21 Years Old](#)" que se puede encontrar en nuestra página de internet [Documentos y Formularios para Proveedores](#). Estas solicitudes serán revisadas por Médicos acreditados y con licencia.

¿CÓMO APRENDO SOBRE LOS CAMBIOS EN SERVICIOS Y PROGRAMAS?

Cada definición de un servicio indica las exclusiones de dicho servicio. Si tiene preguntas acerca de las exclusiones de los servicios, llame a la línea de Servicios al Afiliado y Beneficiario al **1-877-685-2415**.

Algunos ejemplos de exclusiones son:

- Los servicios que prestan los proveedores que no pertenecen a la red de Trillium están excluidos de la cobertura, a menos que se presten a causa de una emergencia documentada.
- Un servicio se encuentra excluido si no se permite su prestación al mismo tiempo que otro servicio. Por ejemplo, el servicio Assertive Community Treatment Team (ACT) no se puede proporcionar al mismo tiempo que el servicio Community Support Team (CST) o Psychosocial Rehabilitation (PSR).

Trillium proporcionará al afiliado o beneficiario con una notificación por escrito si ocurre algún cambio significativo que requiera modificaciones a la Exención 1915 (b)(c), el contrato de DHB, el Plan Estatal de Medicaid o los cambios del programa. Trillium notificará a los afiliados y beneficiarios al menos **30 días calendario** antes de la fecha de entre en vigencia.

El Plan de Beneficios de Trillium está publicado en nuestro sitio de Internet en la sección [Para Individuos y Familias](#). Cualquier cambio en el Plan de Beneficios se documenta en una Comunicación Clínica, que se ponen a disposición del público y se publican en el sitio de internet de Trillium.

¿QUÉ ES EARLY AND PERIODIC SCREENING, DIAGNOSIS AND TREATMENT (EPSDT)?

(Detección temprana y periódica, diagnóstico, y tratamiento)

El EPSDT es parte de una ley federal que requiere que Medicaid pague evaluaciones periódicas y ciertos servicios a niños y jóvenes menores de 21 años, incluso si los servicios no están incluidos en el Plan de Asistencia Médica del Estado de Carolina del Norte o en la Exención 1915(b)(c). En Carolina del Norte, la parte de detección de este programa se conoce como "Health Check". El tratamiento y conocimiento temprano de un problema puede prevenir dificultades en más adelante en la vida.

Medicaid paga por servicios bajo EPSDT solamente si son médicamente necesarios para corregir o mejorar un defecto físico, una enfermedad física o mental o una condición identificada mediante las evaluaciones. El término "mejorar" en este caso, significa que "mejorar o mantener la salud del afiliado en las mejores condiciones posibles, para compensar un problema de salud a fin de evitar su agravamiento o para evitar que se desarrollen problemas de salud adicionales".

La solicitud debe cumplir con ciertos criterios para que Trillium apruebe estos servicios bajo EPSDT:

- La solicitud debe caer dentro de una categoría de servicios enumerados en la Sección 1905(a) de la Ley del Seguro Social. Esto significa que la mayoría de los servicios de exención de innovaciones no están cubiertos por EPSDT.
- La solicitud debe ser determinada como de naturaleza médica.
- La solicitud debe ser generalmente reconocida como un método aceptado de práctica médica o tratamiento.
- La solicitud no debe ser para servicio experimental o de investigación.
- La solicitud debe ser segura y efectiva.

Los requisitos de aprobación previa se aplican a los servicios EPSDT. Si eres menor de 21 años o eres padre de un niño menor de 21 años, los servicios pueden estar disponibles para usted o para su hijo incluso si no están cubiertos bajo el Plan de Salud Trillium. Los límites que se aplican a los servicios para adultos no se aplican a los servicios bajo EPSDT.

Ejemplos de servicios que podrían caer dentro del EPSDT incluyen:

- Equipo médico y adaptivo
- Servicios de rehabilitación para discapacidades del desarrollo
- Servicios de visión
- Servicios de detección periódica
- Otros cuidados de salud necesarios

Si usted o su hijo tienen Medicaid, hable con su proveedor o pediatra para averiguar si los servicios necesarios pueden estar cubiertos por EPSDT. Si su proveedor no está familiarizado con EPSDT o tiene preguntas, pídale que llame a nuestra línea de Servicio al Afiliado y Beneficiario al 1-877-685-2415.

Si usted o su proveedor desean solicitar un servicio bajo EPSDT que no está cubierto en el Plan NC MH/DD/SA y no lo puede solicitar electrónicamente a través del Portal de Proveedores, por favor llame al 1-877-685-2415, y un administrador de cuidados puede ayudarlo con su solicitud.

Si Trillium decide que un servicio solicitado para su hijo elegible para Medicaid no cumple con los criterios de EPSDT, recibirá una notificación formal por escrito y un formulario de apelación con instrucciones. Ver **Sección 10** de este manual para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

¿QUÉ SON BENEFICIOS CON VALOR AGREGADO Y EN LUGAR DE SERVICIOS?

Medicaid, Trillium y otros programas públicos proporcionan muchos beneficios adicionales que no se consideran servicios, como el servicio de telefonía celular o la membresía en un gimnasio. Estas ofertas pueden ayudar a facilitar el acceso a los cuidados médicos o mejorar el bienestar físico. Estos beneficios se denominan "beneficios de valor agregado". Pueden estar disponibles para usted en función de sus circunstancias individuales y si cumple con los requisitos necesarios.

Trillium coordina los beneficios de valor agregado a través de nuestro programa Trillium. Por favor llame a la línea de Servicio al Afiliado y Beneficiario 1-877-685-2415 para que aprenda más sobre Trillium Advantage o visite nuestra página de internet [Trillium Advantage](#).

A través de la exención 1915 (b)(c), Trillium y otras MCO tienen autoridad para desarrollar servicios que son tan efectivos y no más costosos que el servicio del Plan del Estado de Medicaid. Creando nuevos servicios, podemos llenar cualquier deficiencias si no hay proveedores en el área que ofrezcan un servicio en particular. Los servicios financiados por Medicaid que cumplen con esta definición se denominan "en lugar de servicios" ("In lieu of services").

Si bien Trillium puede crear nuestros propios servicios adaptados a las necesidades de los afiliados y/o beneficiarios en nuestra región, aún deben ser aprobados por NC DHHS y cumplir con los estrictos requisitos de necesidad médica y las necesidades de la persona.

Ejemplos de Servicios con Valor Agregado

Servicios de Comida y Nutrición (SNAP)	Clases de Primeros Auxilios de Salud Mental
Celulares Lifeline	My Learning Campus
NC Care 360	Choose Independence
Volates para Transportación	Membresía de Gimnasio
Future Planning: Necesidades Especiales y CUNETAS ABLE	

SERVICIOS EN LUGAR DE (ILOS SIGLAS EN INGLÉS)		
Nombre del Servicio	Definición	Servicio Reemplazado
Navegador Familiar (Family Navigator)	Que asesoran a las familias y personas con DID o LCT para ayudarles a aprender y navegar en los complejos sistemas de servicios y apoyos mediante el uso de su capacitación y experiencia personal.	Instituciones de cuidados intermedios —Intermediate Care Facilities (ICF)
Primero el Niño (Child First)	Es una práctica basada en evidencia (EBP por sus siglas en inglés) que ayuda a sanar y proteger niños y familias de los efectos del estrés crónico y el trauma, fomentando relaciones sólidas y enriquecedoras entre el cuidador y el niño, promoviendo la capacidad adulta y conectando a las familias con los servicios y apoyos necesarios.	Intensive In-Home
Envoltura de Alta Fidelidad (High Fidelity Wrap Around)	Un equipo motivador de personas y agencias trabajando juntos para mejorar las vidas de jóvenes y sus familias.	Nivel II
Tratamiento centrado en la familia —Family Centered Treatment (FCT)	Family Centered Treatment® (FCT) Family Centered Treatment® (FCT) es una modalidad de tratamiento en el hogar basada mejor práctica y evidencia que fue desarrollada por los profesionales durante varias décadas. FCT se ha formalizado gradualmente en un modelo de tratamiento basado en el hogar, está basado en la evidencia y en la práctica. La práctica está basada en la evidencia que muestra tasas más bajas cuando la colocaciones es fuera del hogar. Se ha refinado en base a investigación, experiencia y la evidencia de efectividad derivada de la práctica.	Residential placements, hospitalization, correctional facility placement and other community-based services
Instituciones y ayudas para la vida en comunidad —Community Living Facilities and Supports (CLFS)	Permite que Trillium proporcione servicios de tratamiento activo compresivo e individualizados a adultos para mantener y promover su estado funcional e independencia; incluyendo cinco niveles (CLFS Level 5—CLFS Level 1)	ICF

***Tenga en Cuenta:** Los afiliados tienen el derecho de solicitar el Plan estatal o servicio de exención original en vez de los ILOS, si así lo eligen.

¿CÓMO TRILLIUM COORDINAN MIS CUIDADOS?

EN ESTA SECCIÓN

- ¿Qué es el Sistema de Cuidados? (SOC por sus siglas en Inglés)
- ¿Qué es Administración del Cuidado?
- ¿Qué es población con necesidades especiales?
- ¿Qué es la Iniciativa Transición para una vida en la Comunidad? (TCLI por sus siglas en Inglés)
 - ¿Cuáles son los componentes de TCLI?
 - ¿Quién es potencialmente elegible para TCLI?
- ¿Qué es un plan centrado en la persona?
- ¿Qué es un hogar de salud conductual?
- ¿Qué es un Plan de Apoyo Individual (ISP/Care Plan)? (ISP por sus siglas en Inglés)
 - ¿Qué debo saber sobre el proceso de ISP/Care Plan?

¿QUÉ ES EL SISTEMA DE CUIDADOS? (SOC POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Un Sistema de Cuidado (SOC) es un servicio cuidados continuo efectivos y apoyos basados en la comunidad para personas, niños y familias que tienen problemas de salud mental y otros desafíos en la vida. Estas los servicios y apoyos se organizan en una red coordinada y se basan en asociaciones y colaboración.

Los valores fundamentales de un SOC requieren que los servicios sean:

- Culturalmente competente, con agencias, programas y servicios informados, sensibles y receptivos a las diferencias culturales, raciales y étnicas de las poblaciones a las que sirven.
- Basados en la comunidad, con un enfoque en los servicios, así como en la responsabilidad en la gestión y la toma de decisiones a nivel comunitario.
- Centrado en la persona y enfocado en las familias, en donde las necesidades del niño y su familia estipulen los tipos y la combinación de servicios.
- Dirigido por la persona y centrado en la familia, con las fortalezas y necesidades de la persona, niño y familia determinando los tipos y combinación de servicios.
- Basado en la evidencia para ayudar a asegurar resultados positivos del tratamiento.

El equipo del niño y la familia es una parte esencial del Sistema de Cuidados. El equipo del niño y la familia:

- Son seleccionados por la familia
- son hechos de profesionales, miembro de la familia, amigos o grupos comunitarios, que están comprometidos a apoyar las metas del niño y la familia.
- se reúnen, con regularidad, según la necesidad, para ayudar a chequear el progreso del plan de tratamiento.

Si usted o alguien que usted conozca quiere aprender más sobre el Sistema de Cuidados, por favor llame a la Línea de cuestiones Administrativas y de Negocios al 1-866-998-2597 y pregunte por un Coordinador del SOC en su área.

¿QUÉ ES ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO?

La Administración del Cuidado es un servicio que se ofrece a los miembros elegibles con necesidades especiales. La Administración del Cuidado ayuda a garantizar que las personas con necesidades complejas de salud mental, uso de sustancias o DID reciban las evaluaciones adecuadas y la planificación integrada del tratamiento y estén vinculadas a los servicios adecuados.

Los Administradores del Cuidado trabajan con usted, su familia y sus proveedores para:

- Asistir a los afiliados que están en alto riesgo de hospitalización o institucionalización.
- Asistir a los afiliados que regresan a la comunidad que han estado viviendo en una institución, hospital o entorno residencial.
- Administrar sus servicios a lo largo del cuidado continuo y vincularlo con el tratamiento adecuado.
- Asegurarse que usted recibe evaluaciones y exámenes clínicos adecuados y de tener acceso a especialistas clínicos y médicos.
- Controlar la salud y seguridad de los participantes de la exención Innovations.
- Desarrollar un plan de cuidados

Los Administradores del Cuidado también trabajan para involucrar a todos en su equipo de tratamiento y apoyo para garantizar que reciba una planificación de cuidados integrada para que usted alcance su potencial máximo.

Esto incluye:

- Los proveedores que usted necesita para cumplir con sus metas de tratamiento o rehabilitación y/o tratamiento, incluyendo su médico, dentista u otros proveedores de cuidados médicos que brindan o apoyan sus cuidados.
- Representantes del DSS del condado o agencias de justicia juvenil u otras personas que se identifiquen como que están trabajando con usted y su familia.
- Las personas que lo apoyarán incluso después que ciertos servicios se detengan. Estas personas deben ser personas en la cual usted confíe y que usted llame cuando necesite ayuda en su vida cotidiana y no reciba pago por su apoyo.

¿QUÉ ES POBLACIÓN CON NECESIDADES ESPECIALES?

Las poblaciones con necesidades especiales están formadas por personas con necesidades que requieren servicios especializados o niveles más altos de cuidados. Se designa a una persona para que tenga necesidades especiales de cuidados médicos en función de una combinación de sus diagnósticos y necesidades de servicio determinadas en parte mediante el uso de herramientas estandarizadas de nivel de cuidado como los criterios de ASAM, LOCUS® y CALOCUS®. Las siglas ASAM vienen de American Society of Addiction Medicine. LOCUS® es el sistema de nivel de utilización de cuidados (Level of Care Utilization System), y CALOCUS® es el sistema de nivel de utilización de cuidados para niños y adolescente (Child and Adolescent Level of Care Utilization system). Ambos fueron desarrollados por la American Association of Community Psychiatrists.

Estas herramientas, que ayudan a explorar la gravedad de la necesidad, los efectos de problemas de salud concurrentes y las fortalezas y los apoyos, esto ayudan a Trillium a determinar el nivel de servicio adecuado y la elegibilidad para la administración del cuidado.

Las poblaciones de necesidades especiales con DID designadas para la administración del cuidado incluyen lo siguiente:

- Personas inscritas en N.C. Innovations o que son elegibles para Medicaid y estén en el Registro de Necesidades Insatisfechas
- Las personas con un diagnóstico de DID que son funcionalmente elegibles para el nivel de cuidados en una institución de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo (Intermediate Care Facilities for Individuals with Intellectual Disabilities (ICF-IID)) pero NO son inscrito en N.C. Innovations o en una institución ICF-IID
- Personas con DID que se encuentran actualmente, o han estado en los últimos 30 días, en una institución operada por el Departamento de Correccionales (DOC por sus siglas en inglés) o el Departamento de Justicia Juvenil y Prevención de la Delincuencia (DJJDP por sus siglas en inglés) para quienes Trillium ha recibido notificación de salida.

Poblaciones con necesidades especiales designadas para la salud mental y/o la administración del cuidado del uso de sustancias incluyen los siguientes:

- Adultos con enfermedades mentales graves y persistentes (SPMI) y el nivel actual VI de LOCUS®.
- Niños con trastornos emocionales graves o el nivel actual de CALOCUS® de VI o están actualmente en, o han estado en los últimos 30 días, una instalación operada por el DOC DJJDP para la cual Trillium ha recibido notificación de salida.
- Personas que tienen un diagnóstico de uso de sustancias y un nivel ASAM actual de III.7 o II.2D o superior.
- Personas con un diagnóstico de trastorno de uso de opioides que informaron haber usado drogas por inyección en los últimos 30 días.
- Personas con diagnóstico de enfermedad mental y diagnóstico de uso de sustancias y actual LOCUS®/CALOCUS® de V o superior, o un nivel actual de ASAM PPC de III.5 o superior.
- Personas con diagnóstico de enfermedad mental y diagnóstico de DID y un nivel de LOCUS®/CALOCUS® de IV o superior.
- Personas con un diagnóstico IDD y un diagnóstico de uso de sustancias y un ASAM actual Nivel de PPC de III.3 o superior.
- Personas identificadas por la Iniciativa Transición a la vida en la Comunidad (TCLI) del Departamento de Justicia de los EE.UU. que tienen una enfermedad mental grave y persistente y están en la transición de un entorno de tipo institucional para un entorno comunitario.

¿QUÉ ES LA INICIATIVA TRANSICIÓN A LA VIDA EN LA COMUNIDAD?

El Estado de Carolina del Norte celebró un acuerdo de resolución con el Departamento de Justicia (DOJ) de los EE. UU. en 2012. El propósito de este acuerdo era asegurar que las personas con enfermedades mentales pueden vivir en sus comunidades en entornos menos restrictivos de su elección. El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Norte (DHHS) ha implementado el acuerdo a través de la Iniciativa Transitions to Community Living Initiative (TCLI).

¿Cuáles son los componentes de TCLI?

- **Alcance:** Especialistas de Apoyo en Pares certificados visitan instalaciones para comenzar una relación con personas y hablarles de servicios de salud mental basados en la comunitarios y posibles recursos de vivienda.
- **Desviación:** El Proceso de Verificación de Evaluación de Referencia (RSVP, por sus siglas en inglés) es una herramienta de evaluación que se utiliza antes de cualquier admisión en un Hogar de Adultos para determinar si la persona tiene una enfermedad mental.
- **Planificación de la Transición:** una vez que la persona es identificada en el alcance como interesado en servicios de salud mental basados en la comunidad o servicios de vivienda, se le asignará un Coordinador de Transición. El Coordinador de Transición le ayuda a desarrollar un plan de transición para la persona.

Servicios Disponibles:

- Espacios para vivienda con asistencia financiera para la renta.
- Apoyo al inquilino para ayudar con mudanza, arreglar los muebles y explicar que hacer en casos de emergencias.
- Colocación individual y servicios de ayuda de empleo (Support-Supported Employment) (para personas con trastornos de uso de sustancias y salud mental) para obtener un empleo competitivo en un entorno de trabajo integrado.

- Planificación de incentivos de trabajo y asistencia (WIPA) (para personas con discapacidades que reciben beneficios de Seguro Social) para ayudar a adquirir, retener y aumentar trabajo significativo con el objetivo de mejorar la independencia financiera.
- Especial Asistencia en Hogar proporciona suplemento financiero en efectivo para ayudar a los adultos de bajos ingresos que corren el riesgo de ser colocados en un residencial de cuidados autorizado a residir en un entorno de vida privada.

¿Quién es potencialmente elegible para TCLI?

Como parte del acuerdo del Departamento de justicia, NC DHHS se ha determinado que los siguientes afiliados son potencialmente elegibles para ser incluidos en esta iniciativa. La Aprobación para incluirlo en el programa de TCLI es determinada por Proceso de Verificación de Evaluación de Referencia (RSVP, por sus siglas en inglés).

- Personas con enfermedad mental severa y persistente (SPMI) que residen en hogares de cuidado de adultos que están determinados a ser institutos de Enfermedad Mental (IMD)
- Personas con SPMI que residen en Hogares autorizados de Cuidados de Adultos por lo menos 50 camas, y en el que 25% o más de la población sufren de enfermedad mental.
- Personas con SPMI que residen en Hogares autorizados de Cuidados de Adultos por 20 a 49 camas, y en la que 40% o más de la población sufren de enfermedad mental
- Personas con SPMI quienes están os darán de alta de un hospital psiquiátrico del Estado, y que estén sin hogar o vivienda inestable.
- Personas desviadas de entrar a un Hogar de Cuidados de Adultos por la evaluación de pre-admisión y desviación.

Para más información, por favor visite la página en el internet www.ncdhhs.gov/transitions-community-living-initiative.

¿QUÉ ES UN PLAN CENTRADO EN LA PERSONA?

El Plan centrado en la persona es una herramienta del Plan de Salud de Trillium que ayuda a los afiliados a ejercer elección y responsabilidad en el desarrollo e implementación de sus planes de cuidados. Ayuda a definir lo que es importante para la persona y permite a las mismas tener discusiones reales y honestas con sus equipos clínicos y de ayuda sobre sus deseos, necesidades y apoyos. Puede ocurrir anualmente o en cualquier momento la persona experimente cambios significativos en la vida.

El Plan Centrado en la Persona (PCP) ayuda a las personas a alcanzar su máximo potencial al:

- Asegurar que el afiliado tenga la máxima participación social e inclusión en la comunidad.
- Brindar una oportunidad para que los afiliados guíen sus planes de cuidados, con la ayuda de familiares y amigos y proveedores de servicios profesionales
- Incorporar una variedad de apoyos, que incluyen capacitación, terapia, tratamiento y otros servicios necesarios para lograr los objetivos personales del afiliado.
- Aprovechar una combinación diversa de recursos, incluyendo apoyos pagados y naturales, para satisfacer mejor las metas del afiliado.

El PCP debe expresar claramente la voz de la persona. Todos los PCP:

- Son respetuosos con el afiliado y con quienes la apoyan.
- Son fáciles de leer, entender y usan un lenguaje cotidiano.
- Están contruidos para que la información se entienda fácilmente.
- Usa pensamientos completos, pero no necesariamente oraciones completas.
- Tiene detalles y/o ejemplos suficientes para que alguien que no lo haya conocido al afiliado por mucho tiempo pueda entenderlo.

Los pasos para completar el PCP son:

- Recopilación de información/evaluación.
- Organizar la información para la revisión y reunión del equipo.
- Desarrollando el PCP.
- Solicitar la aprobación de los servicios dentro del PCP.
- Implementar el PCP.

Cuando usted asume la responsabilidad de su propio tratamiento y ayuda a sus proveedores a saber qué es lo que funciona para usted, Trillium entiende que usted tendrá más éxito en su recuperación y en la mejorando su bienestar.

En el desarrollo de un PCP, deberías considerar:

- ¿Qué ha estado pasando en su vida durante el año pasado?
- ¿Cómo quiere usted que sea tu vida?
- ¿Quiere usted ser voluntario o trabajar en un trabajo remunerado?
- ¿Dónde quiere usted vivir y con quién?
- ¿Qué haría mejor dónde y cómo vive?
- ¿Qué apoyos necesita para mantener las cosas importantes en su vida?
- ¿Qué cambiarías de su vida si pudiera?
- ¿Qué parte del día te gusta más y por qué?
- ¿Tiene suficiente dinero para pagar todas las actividades que le gustaría hacer?
- ¿Qué tipo de persona es la mejor persona de apoyo para usted?
- ¿Cómo está su salud? ¿Le preocupa su salud en general?

¿QUÉ ES UN HOGAR DE SALUD CONDUCTUAL?

Un Hogar de Salud Conductual es la agencia, seleccionada por el proveedor primario de servicios del afiliado. Esta agencia ayudará en el desarrollo de un Plan Centrado en la Persona, proporcionará administración en casos y coordinará todos los demás servicios. Por lo general, el hogar de salud conductual es su proveedor principal. Este proveedor le ayudará a desarrollar su plan centrado en la persona. Este proveedor puede ofrecer una variedad de servicios.

¿QUÉ ES UN PLAN DE APOYO INDIVIDUAL (ISP/CARE PLAN)?

Si usted es un participante de la exención NC Innovations, usted desarrollará un ISP/Care Plan con el Administrador de Cuidados asignado a usted, quién lo ayudará a administrar sus cuidados, lo conectará con los servicios y apoyos necesarios y realizará visitas periódicas para asegurarse de que usted esté saludable y seguro. El paquete de ISP/Care Plan lo describe como persona, sus gustos, lo que no le gusta, lo que es importante para usted, sus objetivos y los servicios y apoyos que necesita para vivir una vida integrada en la comunidad de su elección.

¿Qué Debo Saber Sobre El Proceso del ISP/Care Plan?

- El plan de cuidados cubre hasta un período de 12 meses que va desde el primer día del mes siguiente al mes de nacimiento del afiliado hasta el último día del mes de nacimiento. Su Administrador de Cuidados se comunicará con usted para programar una reunión de planificación en las semanas previas a su mes de nacimiento.
- Durante el proceso de planificación, su Administrador de Cuidados le explicará los diferentes servicios para usted y los límites de beneficios y requisitos de la Exención NC Innovations para estos servicios.
- Su Administrador de Cuidados trabajará con usted, sus apoyos naturales y su proveedor para desarrollar su plan de cuidados para que incluyan los servicios y/o ayudas que usted desea solicitar, durante el tiempo que desee solicitarlos.
- El plan de cuidados debe utilizarse para planificar todo el año e incluir los servicios y apoyos que usted espera necesitar en cualquier momento durante el año.
- Si usted desea cambiar o agregar servicios o apoyos durante el año del plan, puede pedir ayuda a su Administrador de Cuidados para solicitar el cambio escribiendo una actualización de su plan de cuidados en cualquier momento.
- Su Administrador de Cuidados elaborará un borrador de su plan de cuidados según sus deseos y necesidades, revisará el plan con usted, responderá cualquier pregunta que tenga y hará los cambios al plan que usted solicite antes de proceder con el plan de cuidados final y usted lo firme.
- Su coordinador de cuidados nunca le pedirá que firme un plan que no contenga los servicios/apoyos que desea. Si cree que necesitará los servicios durante todo el año de vigencia del plan, no se le pedirá que firme un plan de cuidados que no solicite dichos servicios durante todo el año.
- Usted o su persona legalmente responsable (denominada LRP) deben firmar el plan de cuidados una vez que esté completo. Debe tener un plan de cuidados firmado para recibir servicios a través de la Exención NC Innovations. Esto significa que debe firmar el plan de cuidados que contenga el nivel de servicios que desea solicitar.
- El Departamento de Administración de Utilización de Trillium completa una revisión de necesidad médica de los servicios y apoyos solicitados en el paquete de su plan de cuidados, y tomará una decisión dentro de **14 días**, a menos que se necesite más información. Ese departamento está separado de la Administración de cuidados de Trillium. Su Administrador de Cuidados no toma la decisión sobre si los servicios que solicita son médicamente necesarios.
- Si algún servicio solicitado en el paquete de su plan de atención no está completamente aprobado, recibirá una explicación por escrito de esa decisión e información sobre cómo puede apelar la decisión.



¿CÓMO PUEDO ENCONTRAR A UN PROVEEDOR PARA MI CUIDADO?

EN ESTA SECCIÓN:

- ¿Cómo elijo un proveedor, especialista o subespecialista?
- ¿Cómo cambio de proveedor?
- ¿Cómo garantiza Trillium servicios de calidad?
- ¿Qué tipos de proveedores están disponibles en la red de Trillium?
 - Agencias
 - Instalaciones de cuidados médicos operadas por el Estado
 - Médicos independientes licenciados & grupos de práctica
 - Hospitales
- ¿Dónde están ubicados los proveedores?
 - Servicios de Emergencias
 - Proveedores fuera del área de cobertura o fuera del Estado
 - Proveedores fuera de la red
 - ¿Cómo recibo servicios de un proveedor fuera de la red?
- ¿Cómo pago mis cuidados?
- ¿Puedo obtener transportación para mis citas?
- ¿Qué es el Comité de Derechos Humanos?
- ¿Qué es la competencia cultural?

¿CÓMO ELIJO UN PROVEEDOR, ESPECIALISTA O SUBESPECIALISTA?

Trillium tiene contratos con proveedores en nuestra red (proveedores dentro de la red) para cubrir los servicios. Estos proveedores han verificado sus credenciales y han acordado seguir los criterios médicamente necesarios y los requisitos de Medicaid. Los proveedores pueden ser especialistas, incluyendo psiquiatras o consejeros, o subespecialista que se centran en el alcoholismo o el manejo de medicamentos.

Hay tres formas de elegir un proveedor, especialista o subespecialista:

1. Visite TrilliumHealthResources.org, seleccione el botón "Encuentre un proveedor" en la parte superior de la pantalla y revise nuestro directorio en línea para elegir su propio proveedor. Puede buscar por diagnóstico, especialidad, ubicación y mucho más.
2. Llame a Trillium a la línea de Servicios al Afiliado y Beneficiario 1-877-685-2415 y pida ayuda para encontrar un proveedor.
3. Visite a un proveedor de su elección, el proveedor luego se comunicará con Trillium para determinar si los servicios están cubiertos. Estos proveedores pueden estar "fuera de la red"; consulte la página 56 para obtener más información.

Cuando llame a Trillium para tener acceso a servicios, se le ofrecerá la opción de elegir entre, al menos, dos proveedores. En la mayoría de los casos, Trillium puede proporcionarle información que lo ayudará a elegir un proveedor.

La información que brinda Trillium sobre un proveedor incluye:

- Nombre del proveedor
- Dirección/ubicación de los proveedores
- Sus números de teléfono
- Los servicios que proporciona
- Calificaciones del proveedor
- Si el proveedor está aceptando pacientes nuevos (a veces se le llama "aceptando referimientos")
- Información de residencia y certificación de la junta (si está disponible)
- Tipo de seguro que acepta (Medicaid o no Medicaid)
- Especialidad del proveedor (como salud mental, etc.)
- Adaptaciones especiales que proporciona el proveedor, como es acceso para sillas de ruedas, asistencia para personas con problemas de audición, idiomas que se habla o traductores disponibles.
- Disponibilidad dentro de 30 millas o 45 millas, según si usted vive en un área urbana (como una ciudad o pueblo) o áreas rurales (como áreas no incorporadas y fuera de los límites de la ciudad en el "campo")
- Capacitación sobre diversidad cultural que el proveedor haya completado, si está disponible.

Pregunte a amigos, familiares, médicos y otras personas de su confianza sobre a quién recomendarían como su terapeutas o proveedores de servicios. La construcción de una relación con su proveedor mejora la calidad de sus cuidados. Los proveedores deben tratarlo como una persona, no como un diagnóstico. Usted merece una relación terapéutica significativa y una atención de buena calidad.

También ofrecemos un directorio de proveedores en línea en nuestro sitio de internet: www.trilliumhealthresources.org/for-providers/provider-directory. Seleccione el botón de "Encuentre un Proveedor" localizado en la parte de arriba de nuestra página de inicio. Usted también puede llamar al 1-877-685-2415 y preguntar que le manden por correo una copia de este directorio.

Algunas sugerencias con respecto a la elección de un proveedor son:

- Seleccione un proveedor en un momento en que usted se sienta bien y pueda comunicar sus necesidades de una manera eficaz.
- Busque un proveedor que esté dispuesto a responder a sus preguntas.
- Busque un proveedor que esté al tanto de las enfermedades secundarias que usted padezca, como diabetes, afecciones pulmonares, hepatitis o enfermedades del corazón.
- Trate de buscar un profesional que esté dispuesto a ser parte del equipo que trabaje con usted para lograr que esté lo más sano posible.

Una vez que usted elija un proveedor, lleve los artículos siguientes a su primera cita:

- Lista de sus medicamentos (tanto recetados como de venta libre).
- Lista de sus hospitalizaciones y una lista de los programas a los que ha asistido.
- Una copia de su tarjeta de identificación del Medicaid, y si es aplicable, de otros seguros.
- Una lista de otras condiciones secundarias de salud, como las mencionada arriba.
- La mayoría de las citas con un médico o psiquiatra solo durarán de **15 a 20 minutos**. Puede solicitar una cita más larga si tiene inquietudes particulares.

¿CÓMO CAMBIO DE PROVEEDOR?

Dentro de nuestra red de proveedores, usted tiene el derecho de cambiar de proveedor. Tiene el derecho de considerar a los proveedores que utiliza actualmente y solicitar un cambio si fuera necesario llamando a la línea de Servicios al Afiliado y Beneficiario 1-877-685-2415 o hablando con su Administrador de Cuidados. Trillium se esfuerza por tener una cantidad suficiente de proveedores en la red para ofrecer opciones a los afiliados.

Cuando su proveedor deja de formar parte (ya sea por elección u otra circunstancia), Trillium contactará a todos los afiliados que están actualmente recibiendo tratamiento con este proveedor. Trillium hará todo lo posible por contactar por escrito a los afiliados por lo menos **treinta (30) días** antes de la efectividad. Si Trillium se entera de la partida de un proveedor con menos de **treinta (30) días calendario** antes de la fecha de partida del proveedor, Trillium hará todo lo posible de notificar al afiliado dentro de los **quince (15) días calendarios** después de que Trillium recibió el aviso de retiro o dentro de los **quince (15) días** después que Trillium cancele los servicios del proveedor.

¿CÓMO GARANTIZA TRILLIUM SERVICIOS DE CALIDAD?

Es nuestra responsabilidad monitorear de cerca a los proveedores que les brindan sus servicios y apoyos. Todos los proveedores en la red de Trillium deben completar un proceso de solicitud intensa que incluye credenciales, confirmación con la División de Beneficios de Salud (DHC) de N. C. sobre cualquier problema existente que el proveedor pueda tener y visitas in situ. También realizamos investigaciones de quejas, monitoreo enfocado y revisiones posteriores al pago de los proveedores de nuestra red, para garantizar una atención de calidad y prevenir el fraude y el abuso de fondos públicos.

Nuestro Equipo de Auditoría de la Red investiga todas las quejas recibidas sobre los proveedores de nuestra red, ya sea que esas quejas vengan de usted, miembros de la familia, partes interesadas en la comunidad o nuestro personal. Si justificamos una queja, se le puede pedir al proveedor que implemente un plan de corrección. O bien, podemos tomar medidas contra el proveedor, hasta e incluyendo la terminación de servicios en nuestra red de proveedores. También supervisamos los incidentes críticos presentados por nuestros proveedores contratados en el Sistema de Mejora de Respuesta a Incidentes (IRIS, por sus siglas en inglés).

También tenemos un equipo de Integridad del Programa compuesto por investigadores certificados que investigan las denuncias de fraude, desperdicio y abuso en nuestro programa de cuidados administrado de Medicaid. Este equipo identifica y recupera los pagos en exceso realizados a los proveedores de nuestra red y remite las denuncias de fraude a la División de Investigaciones de Medicaid de la Oficina del Fiscal General de Carolina del Norte. Estas investigaciones son confidenciales.

Estamos comprometidos con un programa de gestión de calidad (QM) sólido que garantice el acceso al cuidado, una red de proveedores calificada y una amplia variedad de servicios de salud del comportamiento y DID clínicamente apropiados que cumplan con los estándares de calidad. Este programa ayuda a garantizar que sus servicios sean de alta calidad, incluyendo los servicios brindados ambulatorios, de hospitalización, residenciales y basados en la comunidad. Nuestro Comité de Mejora en la Calidad explora la forma en que podemos mejorar con proyectos para abordar el acceso al cuidado, la calidad de la atención y el rendimiento del proveedor en la red.

¿QUÉ TIPOS DE PROVEEDORES ESTÁN DISPONIBLES EN LA RED DE TRILLIUM?

Agencias

Un proveedor basado en una agencia es una empresa (con fines de lucro o sin fines de lucro) que ofrece servicios de salud mental, discapacidad intelectual y/o de desarrollo y uso de sustancias. Los empleados de la agencia ofrecen el servicio al

miembro, y la administración de la agencia asegura que los empleados cumplan con los requisitos para proporcionar servicios y cumplir con todos los demás requisitos del contrato entre Trillium y el proveedor basado en la agencia. Los empleados que son profesionales con licencia deben tener credenciales de Trillium.

Instalaciones de Cuidados Médicos Operadas por el Estado

El Estado de Carolina del Norte supervisa y administra 14 instalaciones de salud operadas por el Estado que tratan a adultos y niños con enfermedades mentales, discapacidades del desarrollo, desorden de uso de sustancias y necesidades neuromédicas. Estas instalaciones tienen un proceso de admisión separado y no están listadas en nuestro Directorio de Proveedores.

Médicos Independientes Licenciados & Grupos de Práctica

Los médicos independientes licenciados (LIP por sus siglas en inglés) y Grupos de Prácticas incluyen:

- Doctores en medicina.
- Doctores en psicología (PhD).
- Psicólogos asociados licenciados (LPA, por sus siglas en inglés).
- Trabajadores sociales licenciados (LCSW, por sus siglas en inglés).
- Terapeutas de familia y pareja licenciados (LMFT, por sus siglas en inglés).
- Consejero Licenciado en Salud Mental Clínica (LCMHC, por sus siglas en inglés).
- Especialistas en adicciones licenciados (LCAS, por sus siglas en inglés).
- Enfermeros especializados en prácticas avanzadas.
- Enfermeros psiquiátricos.
- Asistentes médicos licenciados.

Estos médicos y grupos tienen contratos con Trillium y forman parte de la red de proveedores de Trillium. Las prácticas grupales son grupos de profesionales que han creado una entidad corporativa para fines de facturación. Estos profesionales generalmente comparten el espacio de la oficina y ofrecen solo servicios de terapia ambulatoria.

Hospitales

Los hospitales con instalaciones psiquiátricas para pacientes hospitalizados y/o programas psiquiátricos para pacientes ambulatorios también están inscritos en la nuestra red de proveedores. Los hospitales fuera de la red de proveedores de Trillium (ya sea porque no tienen contratos o porque están fuera de la región de cobertura) que brindan servicios de emergencia a los afiliados en diagnóstico de salud conductual, al darle de alta, los servicios son pagados bajo un acuerdo de fuera de la red.

¿DÓNDE ESTÁN UBICADOS LOS PROVEEDORES?

La mayoría de los servicios estarán disponibles dentro de un radio de 30 millas de distancia de su hogar a través de proveedores en la red. Sin embargo, algunos proveedores especializados pueden estar ubicados en otro condado. Trillium lo ayudará a localizar un proveedor que cumpla con sus necesidades y que se encuentre lo más cerca posible de su hogar.

Servicios de emergencias

Usted tiene derecho a tener acceso a servicios de emergencia y atención post-estabilización en cualquier ubicación que brinde atención de emergencia sin autorización previa de Trillium. Si se necesita hospitalización, su atención será revisada de forma rutinaria por su necesidad médica.

Proveedores fuera del área de cobertura o fuera del Estado

Un proveedor fuera del área de cobertura es un proveedor que ha cumplido con el proceso de acreditación de Trillium, cumple con los requisitos de inscripción, tiene un contrato para prestar servicios, pero se encuentra localizado y presta servicios fuera del área de los 28 condados que Trillium cubre. Esto incluye proveedores que están fuera del Estado.

Proveedores fuera de la red

Si usted ha contactado a un proveedor de servicios que no forma parte de la red de proveedores de Trillium y desea continuar recibiendo su cuidados por este proveedor, usted deberá hacer arreglos con este proveedor para pagarle sus servicios.

Si un afiliado viaja fuera del área de Trillium y necesita visitar a un proveedor que no está en la red de proveedores de Trillium para recibir tratamiento que no sea de emergencia, se le permite hacerlo. El proveedor será responsable de contactar a Trillium y establecer los trámites para recibir el pago. Los afiliados que necesitan servicios de crisis o tratamiento de emergencia pueden visitar cualquier sala de emergencias o proveedor de crisis móvil sin costo alguno.

¿Cómo recibo servicios de un proveedor fuera de la red?

Trillium normalmente no cubre los servicios prestados por proveedores fuera de la red a menos que se trate de una situación de emergencia y usted no pueda ser transferido de manera segura a un proveedor dentro de la red. Otra excepción es para cualquier tratamiento no proporcionado por un proveedor en nuestra red.

Los proveedores fuera de la red no tienen contrato con Trillium, pero todavía tiene que cumplir con los criterios de necesidad médica en cualquier servicio que recomienden para un afiliado y/o beneficiario. También deben cumplir con todos los requisitos de NC DHHS y Trillium para servir como proveedor y/o profesional.

Solo se autorizará la admisión de una institución, especialista o programa que se encuentre fuera de la red se autorizara para pagos solamente, si:

- Usted no puede ser transferido con seguridad a una institución o un programa de la red y/o;
- Si ninguna institución y/o especialista de la red cuenta con los cuidados apropiados.

La autorización del pago por servicios a una institución que se encuentra fuera de la red continuará hasta que usted pueda ser transferido de una manera segura y adecuada a una institución o un programa que pertenezca a la red. Trillium Health Resources solo pagará los servicios previamente autorizados. (Excepto en servicios de emergencias o crisis móvil).

Si se requiere un tratamiento médicamente necesario, pero los servicios especializados no están disponibles dentro de la red de proveedores, usted puede visitar a un proveedor fuera de la red para estos servicios sin costo alguno (penalidad de beneficios).

¿CÓMO PAGO MIS CUIDADOS?

Para que Trillium pague la totalidad o parte de los servicios, usted debe estar inscrito en el sistema de Trillium. Si tiene alguna pregunta acerca de la elegibilidad, por favor llame al número de Servicios al Afiliado y Beneficiario al 1-877-685-2415. Para preguntas sobre si usted es elegible para Medicaid, llame a la oficina del Departamento de Seguro Social de su Condado. Algunos servicios que no son del Medicaid (administración de crisis móvil, financiados por el Estado, etc.) se ofrecen sin costo alguno. Los afiliados no están obligados a presentar reclamaciones de pago en nombre del proveedor. Se puede esperar que los afiliados paguen por algunos servicios (llamados "copago"), pero no pueden ser rechazados por el servicio si no pueden pagar. En el momento que haga la cita se le informará si es necesario un copago.



¿PUEDO OBTENER TRANSPORTACIÓN PARA MIS CITAS?

Si usted recibe Medicaid, usted puede utilizar el Medicaid Transportation Service (Servicio de transporte de Medicaid) para ir y venir de la oficina de su médico, hospital, u otra oficina médica que Medicaid apruebe los cuidados. Este servicio se ofrece a través de su oficina local del Departamento de Servicios Sociales (DSS).

Este Servicio está disponible en los condados en los que Trillium presta servicios. Comuníquese con el Departamento de Seguro Social para consultar cómo utilizar este servicio. También puede llamar a Trillium al número de Servicios al Afiliado y Beneficiario 1-877-685-2415 para que lo ayude a contactar su oficina local del DSS. No hay tarifa de pago para las personas inscritas en Medicaid. Para las personas que no están inscritas en Medicaid, el transporte depende del espacio disponible y puede costar unos pocos dólares.

¿QUÉ ES EL COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS?

El Comité de Derechos Humanos de Trillium protege los derechos de las personas que reciben servicios. El comité está compuesto por afiliados, familiares y miembros de la junta. Su proveedor también puede tener un Comité de Derechos Humanos según lo exija su contrato con Trillium. Llame a Trillium o a su proveedor para más información.

Los proveedores deben tener un proceso que le permita presentar quejas y reclamos sobre sus servicios. Los proveedores deben documentar todas las quejas recibidas y deben referir cualquier inquietud o queja sin resolver a Trillium. Los proveedores deben compartir con usted su proceso de quejas y reclamos cuando comience a recibir servicios o cuando solicite una copia. También deben informarle de sus derechos y responsabilidades.

¿QUÉ ES LA COMPETENCIA CULTURAL?

Queremos que nuestro sistema de servicio refleje la singularidad de nuestras comunidades locales, mejora la calidad de los servicios y ayuda a los afiliados a configurar las opciones disponibles. Competencia Cultural significa “la prestación de servicios de una manera culturalmente competente a todos los afiliados, incluyendo aquellos con dominio limitado del idioma inglés y diversos orígenes culturales y étnicos”. Trillium alienta a nuestra red de proveedores a desarrollar la competencia cultural para brindar la más alta calidad de atención a todas las personas. El personal de Trillium completa un entrenamiento similar.

Queremos que nuestros proveedores alcancen los siguientes objetivos relacionados con la competencia cultural:

- Los proveedores se involucrarán más en la comunidad de personas atendidas. Esto puede incluir participar en eventos comunitarios, grupos focales y consejos de asesoría comunitarios.
- Los proveedores y su personal estarán más conscientes de las diferencias étnicas, raciales, regionales y culturales para ayudar a desarrollar un servicio respetuoso libre de prácticas o condiciones ofensivas.
- Los proveedores y su personal obtendrán una mejor educación sobre la mejor manera de brindar servicios a personas con diversidad cultural y étnica y sobre cómo eliminar las barreras al tratamiento, como el lenguaje y la interpretación.

Si cree que el personal que lo atiende no entiende su idioma o su origen religioso, cultural, educativo o social, tiene derecho a preguntar sobre cambiar el personal para satisfacer mejor sus necesidades.



¿CÓMO TRILLIUM TOMA DECISIONES SOBRE MI CUIDADO?

EN ESTA SECCIÓN

- ¿Qué es la autorización previa?
 - Servicios de emergencia y crisis.
- ¿Cuánto tiempo le toma a Trillium tomar una decisión sobre mi solicitud?
- ¿Qué es la necesidad médica?
- ¿Qué otras guías Trillium sigue?
- ¿Qué es la revisión por pares (peer review)?
- ¿Qué sucede si el servicio que necesito no está disponible?
- ¿Puedo solicitar un nuevo tratamiento o servicio?
- ¿Qué es el programa defensor (Ombudsman) de NC Medicaid?

Las regulaciones federales de Medicaid nos exigen que revisemos las solicitudes de autorización de servicios y tomemos decisiones sobre si los servicios que solicita su proveedor son médicamente necesarios. Este proceso nos ayuda a mantener un registro del tipo y la cantidad de servicios y con qué frecuencia se utilizan. Nuestro Departamento de Administración de Utilización (UM) está integrado por médicos con experiencia que revisan las solicitudes de servicios. Ellos toman decisiones para asegurar que usted reciba la atención adecuada, en la cantidad correcta, en el momento adecuado.

Trillium no ofrece incentivos que desalienten las solicitudes o aprobaciones de servicios. Trillium no ofrece incentivos para que el personal de Administración de Utilización (UM) o los contratistas rechacen, reduzcan, cancelen (finalicen), suspendan (pausen), limiten o descontinúen los servicios médicamente necesarios para cualquier afiliado. Tampoco ofrecemos planes de incentivos a médicos, profesionales y/o proveedores.

Nuestra toma de decisiones se basa en su elegibilidad, sus necesidades, su historial de tratamiento y si el servicio solicitado es médicamente necesario y cumple con los requisitos de las normas aplicables. Estas reglas incluyen el Plan Estatal de Asistencia Médica de Carolina del Norte, los criterios de exención 1915(b) (c), las políticas de cobertura clínica, las definiciones de servicios, las restricciones del Plan de Beneficios y la Guía de Práctica Clínica. Para los beneficiarios de Medicaid menores de 21 años, también revisamos las solicitudes según los criterios de Servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico, y tratamiento (EPSDT por sus siglas en inglés). EPSDT se explica en la **Sección 5**.

Las políticas de cobertura clínica y las definiciones de los servicios son emitidas por la División de Beneficios de Salud (DHB por sus siglas en inglés) y la División de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Abuso de Sustancias de Carolina del Norte (DMH/DD/SAS por sus siglas en inglés). **Estas definiciones no han sido creadas por Trillium y están sujetos a cambios con un aviso relativamente corto.** Cada definición de servicio enumera los criterios, límites y exclusiones que Trillium debe seguir al revisar las solicitudes de autorización.

Para más información sobre el Plan Estatal de Asistencia Médica de Carolina del Norte o las Políticas de Cobertura Clínica de Carolina del Norte, visite el sitio

de internet de DHB [medicaid.ncdhhs.gov](https://www.medicaid.ncdhhs.gov). Para preguntas sobre límites y exclusiones de servicios, llame a línea de Servicios al Afiliado y Beneficiario de Trillium de 1-877-685-2415.

¿QUÉ ES LA AUTORIZACIÓN PREVIA?

Medicaid requiere que revisemos y autoricemos algunos servicios antes de que se brinden. La autorización cubre las fechas y los montos de los servicios prestados.

Su proveedor debe saber qué servicios requieren autorización previa, o usted puede llamar a nuestra Línea de Servicios al Afiliado y Beneficiario al 1-877-685-2415 para obtener más información.

Los proveedores solicitan servicios completando el formulario de Solicitud de Autorización de Tratamiento (TAR por sus siglas en inglés) a través de la plataforma de sistema de Trillium. Su proveedor es responsable de incluir la documentación para demostrar que el servicio es necesario para usted.

Recuerde que es importante asistir a sus citas dentro del plazo de autorización. Una vez que haya pasado las fechas de su autorización, usted necesitará obtener autorizaciones adicionales para los servicios de Trillium, incluso si no utilizó todos los servicios que fueron autorizados previamente.

Los siguientes servicios son algunos ejemplos que no necesitan autorización previa

- Servicios de crisis móvil
- Consultas de médicos
- Evaluación y Administración
- Servicios de detección para niños

Servicios de Emergencia y Crisis

Los servicios de crisis siempre se prestan en caso de emergencia. Trillium reembolsará a los proveedores los servicios documentados de emergencia o crisis en cualquier momento sin tener en cuenta la autorización previa o si el proveedor está inscrito en la red de Trillium. Las personas que no esten inscrito en Medicaid que reciben servicios de emergencia o de crisis se inscribirán en el Plan de Salud de Trillium lo antes posible.

La fecha de inscripción se convertirá en la fecha en que los servicios de emergencias o crisis se brindaron. Usted debe estar inscrito en nuestro sistema antes de poder recibir servicios adicionales que no sean de emergencia.

¿CUÁNTO TIEMPO LE TOMA A TRILLIUM TOMAR UNA DECISIÓN SOBRE MI SOLICITUD?

LOS PLAZOS PARA COMPLETAR LA REVISIÓN CLÍNICA SON LOS SIGUIENTES:	
Urgente – 72 horas	No urgente – 14 días calendario
Para casos urgentes y no urgentes, Trillium puede extender este período por hasta 14 días calendario y puede ser solicitado por un afiliado o un proveedor por escrito:	
a. Si Trillium determina que una extensión es necesaria debido a asuntos fuera de su control; y	
b. Si Trillium notifica al afiliado antes del vencimiento del período inicial de 14 días calendario de las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en que el plan espera tomar una decisión; y	
c. Si una agencia proveedora no presenta la información necesaria para decidir el caso, la notificación de extensión debe describir específicamente la información requerida, y la agencia proveedora debe recibir al menos 14 días calendario a partir de la recepción de la notificación para responder a la solicitud del plan para obtener más información.	

¿QUÉ ES NECESIDAD MÉDICA?

Las personas que reciben cuidados deben cumplir con los criterios de necesidad médica para la cantidad y la duración del servicio solicitado para tratar su condición específica. Las personas sin Medicaid que sean elegibles y cumplan con los criterios de necesidad médica recibirán servicios en la medida en que haya fondos disponibles para los servicios que no son de Medicaid. Utilizamos criterios de necesidad médica al determinar el cuidado adecuado para los afiliados del Plan de Salud de Trillium.

Tratamiento médicamente necesario incluye procedimientos, productos y servicios que son:

- Necesario y apropiado para la prevención, diagnóstico, tratamiento paliativo, curativo o reparador de una afección de salud mental o uso de sustancias.
- Necesario para abordar áreas de dificultades como el autocuidado, la comunicación, la movilidad, la toma de decisiones, la vida independiente y la autosuficiencia financiera.

- Coherentes con las políticas de cobertura clínica de Medicaid y los estándares nacionales o basados en evidencia, boletines, estándares u otra guía emitida por el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte (DHHS) o sus divisiones o verificados por expertos clínicos independientes en el momento en que se proporcionan los procedimientos, productos y servicios.
- Proporcionado en el entorno más rentable y menos restrictivo que sea consistente con los buenos estándares clínicos de cuidados.
- No se proporciona únicamente para su comodidad, la de su familia, su cuidador o su proveedor.
- No se brinda para fines experimentales, de investigación, no probados o únicamente cosméticos.

Esta lista continua en la próxima página

- Suministrado por o bajo la supervisión de profesionales con licencia según la ley estatal en la especialidad para la que prestan servicios y de acuerdo con el Plan Estatal de Asistencia Médica de Carolina del Norte, el Código Administrativo de Carolina del Norte, las políticas de cobertura clínica de Medicaid y otras políticas y leyes federales y estatales aplicables, normas, reglamentos y directivas.
- Suficiente en cantidad, duración y alcance para lograr razonablemente su propósito.
- Razonablemente relacionado con el diagnóstico para el que se prescriben con respecto al tipo, la intensidad y la duración del servicio y los ajustes de tratamiento.

El tratamiento médicamente necesario está diseñado para:

- Ser brindado junto con un Plan Centrado en la Persona, basado en una evaluación integral y desarrollado con usted o con un niño, la familia del niño (o tutor legal) y el equipo de la comunidad
- Ser brindado junto con un Plan de Apoyo Individual.

- Cumplir con cualquier directiva anticipada que haya preparado.
- Responder a las necesidades únicas de las minorías lingüísticas y culturales.
- Evitar la necesidad de un tratamiento involuntario o de una institucionalización.

Si no está alcanzando sus metas con un servicio que se considera de bajo nivel, es posible que aún sea elegible para un servicio de mayor nivel.

Ejemplos de servicios que no son médicamente necesarios, incluyen:

- Cirugía puramente estética estas incluyen liposucción y abdominoplastia
- Tratamientos de infertilidad
- Medicamentos para perder o ganar peso
- Servicios de cuidados de niños sin ningún fin de tratamiento

Si bien los servicios pueden ser médicamente necesarios, Trillium puede negar reclamaciones de servicios en los cuales usted necesita un referimiento o autorización previa y usted no pudo conseguirla.



¿QUÉ OTRAS GUÍAS TRILLIUM SIGUE?

Nuestro Departamento de UM utiliza guías de práctica clínica, herramientas de apoyo a la decisión clínica (como LOCUS®, CALOCUS®, CANS, ASAM, SIS®, NC-SNAP y Early Childhood Service Intensity Instrument (ECSII)) y otros estándares clínicos para evaluar si el cuidado es efectivo y apropiado. Los proveedores utilizan estas pautas como un mapa de ruta para un cuidado efectivo basada en la evidencia.

Le sugerimos que utilizar estas directrices para ayudar a tener opciones sobre las decisiones de su tratamiento. Las guías de prácticas están destinadas a mejorar el cuidado al ayudar a usted y a su proveedor a tomar buenas decisiones clínicas. Se basan en investigaciones, publicaciones hechas por organizaciones reconocidas, como es American Psychiatric Association, y se ha demostrado que ayudan a las personas con sus problemas. Las guías que utilizamos están aprobadas por un comité local de personas que reciben servicios, familiares, personal y profesionales clínicos.

Para obtener una lista completa de los criterios de administración de utilización, o para solicitar una copia de nuestras Guía de Práctica Clínica, llame a nuestra Línea de Servicios al Afiliado y Beneficiario al 1-877-685-2415 o visite www.Trilliumhealthresources.org. Si cree que su proveedor no está siguiendo estas Guías, llame a línea de Servicios al Afiliado y Beneficiario 1-877-685-2415 y háganos saber sus inquietudes. Si no nos informa sus inquietudes, no podemos mejorar el cuidado que recibe.

¿QUÉ ES LA REVISIÓN POR PARES (PEER REVIEW)?

Si nuestros clínicos de administración de utilización determinan que el servicio solicitado no cumple con los criterios, la solicitud será revisada por un psicólogo o médico con licencia (Peer Review) para tomar una decisión final. Solo los revisores pueden decidir negar, reducir o cancelar un servicio solicitado para usted.

En algunos casos, se pueden recomendar otros niveles o tipos de servicios. Si Trillium decide denegar, reducir o cancelar un servicio solicitado para usted, le enviaremos un aviso por escrito a usted o a su guardián legal (tutor) con instrucciones y un formulario para presentar una apelación. La **Sección 10** de este manual proporciona información detallada sobre cómo apelar. Nuestro objetivo es garantizar que las personas reciban el tipo y la cantidad correcta de servicio en el momento adecuado, utilizando el tratamiento más eficaz y eficiente posible.

¿QUÉ SUCEDE SI EL SERVICIO QUE NECESITO NO ESTÁ DISPONIBLE?

Si tiene Medicaid, trataremos de encontrar un proveedor dentro de la red para que su cuidado. Si no hay un proveedor dentro de la red, trabajaremos arduamente para encontrar un proveedor fuera de la red. Nuestro trabajo es asegurar de que los proveedores estén disponibles para usted.

Solo lo pondremos en una lista de espera para servicios si se cumple una de las siguientes condiciones:

- Solicitando un espacio para un servicio en la exención NC Innovations y no hay ningún espacio disponible (el Estado es el que asigna estos espacios y Trillium no tiene control sobre el número de espacios disponibles).
- La demanda de servicios excede los recursos disponibles (solo en servicios con fondos estatales y servicios que no son del Medicaid).
- No hay un proveedor disponible para un servicio (por ejemplo, si todas las camas para pacientes hospitalizados o residenciales están llenas).

Trillium mantiene una lista de espera para servicios residenciales y para pacientes hospitalizados en capacidad o sin servicios de Medicaid sujetos a limitaciones de financiamiento y se nos notifica cuando los proveedores reportan espacios o financiamientos disponibles para los servicios. El equipo identifica los posibles candidatos de la lista de espera.

Los siguientes factores se tienen en cuenta al seleccionar personas de la lista de espera para los servicios:

- Necesidad de servicio.
- Factores de riesgo como problemas de salud y/o seguridad.
- Riesgo de hospitalización o un mayor nivel de cuidados si la necesidad no es atendida.
- Si los recursos identificados son adecuados para satisfacer sus necesidades.
- Si hay otras fuentes de financiamiento disponibles para satisfacer sus necesidades.
- Cuánto tiempo usted ha esperado.
- Para entornos grupales, la compatibilidad con otras personas que reciben tratamiento; en algunos casos, a las personas en entornos residenciales se les da opciones sobre los compañeros preferidos (servicios para adultos).

A continuación, se le dará una lista de proveedores calificados y usted podrá seleccionar de esa lista. Si la apertura está dentro de un programa identificado, el programa recibe una lista de personas elegibles.

El proceso de admisión del proveedor, seleccionará a los solicitantes y hará una selección basada en los factores identificados anteriormente. Las personas referidas por centros regionales de desarrollo, instalaciones estatales de salud mental o instalaciones estatales de uso de sustancias recibirán igual consideración para las referencias de la comunidad. Traer gente de regreso a la comunidad es una alta prioridad para Trillium.



¿PUEDO SOLICITAR UN NUEVO TRATAMIENTO O SERVICIO?

Trillium siempre está interesado en aprender sobre nuevos tratamientos o terapias para determinar si deben ser cubiertos por beneficios. Revisamos nuevos avances en salud del comportamiento, estudios gubernamentales y revisiones por pares. Investigue a medida que estén disponibles para determinar si los expertos han acordado que los nuevos tratamientos son seguros y eficaz.

Las nuevas terapias y tratamientos comprobados deben dar lugar resultados tan buenos o mejores que los beneficios cubiertos que actualmente ofrece Trillium. Puede llamar a su Administrador de Cuidados en cualquier momento que necesite un nuevo tratamiento, servicio o ayuda. Si no tiene un Administrador de Cuidados asignado, puede llamar a la línea de Servicios al Afiliado y Beneficiario 1-877-685-2415 para pedirle a Trillium que considere un nuevo servicio. Nuestro Comité Asesor Clínico (CAC por sus siglas en inglés) desarrolla nuestras pautas de práctica clínica que se revisan anualmente. El CAC no revisa las solicitudes individuales de nuevos tratamientos; Las pautas se utilizan para la gestión clínica y no para servicios específicos.

¿QUE ES EL PROGRAMA DEFENSOR (OMBUDSMAN) DE NC MEDICAID?

El Programa del Ombudsman de Medicaid de Carolina del Norte sirve a los afiliados en todo el Estado de Carolina del Norte (no solo en el área de cobertura de Trillium). El Programa Defensor un programa neutral que educa a los afiliados sobre sus derechos, responde preguntas sobre los procesos dentro del sistema y trabaja con las agencias apropiadas con resoluciones de quejas y agravios.

El Programa del Defensor tiene la tarea de:

- Servir como un recurso central para resolver problemas dentro del sistema de prestación de cuidados administrados de Medicaid;
- Proporcionar información sobre NC Medicaid y el Programa de Cuidados Administrados de Medicaid;
- Apoyar el acceso al cuidado haciendo referimientos y colaborando con otros recursos, incluyendo, pero no limitado, agencias estatales, Departamentos asociados, defensa basada en la comunidad y organizaciones de servicios legales;
- Identificar tendencias o problemas sistémicos en el desempeño del sistema de entrega; y
- Apoyar la visión del Departamento de crear una Carolina del Norte más saludable.

Los afiliados y sus tutores pueden comunicarse con el Programa del Defensor (Ombudsman Program) utilizando la información de contacto a continuación:

Legal Aid of North Carolina

www.NCMedicaidOmbudsman.org

info@ncmedicaidombudsman.org

1-877-201-3750

224 S. Dawson St., Raleigh, NC 27601

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES?

EN ESTA SECCIÓN:

- ¿Cuáles son mis derechos?
- Si soy menor de edad, ¿Tengo algún derecho?
- ¿Cuáles son mis responsabilidades?
- ¿Cuáles son mis derechos en un centro de atención 24 horas o en un hogar para adultos?
- ¿Cuáles son mis derechos si tengo una discapacidad intelectual y/o del desarrollo?
- ¿Qué son los derechos restringidos?
- ¿Qué hago si creo que mis derechos han sido violados?
- ¿Qué es el consentimiento informado?
- ¿Qué sucede si no puedo tomar una decisión sobre mi cuidado?
 - Directivas Psiquiátricas Anticipadas
 - Poder de Representación para la Cuidados Médicos
 - Testamento Vital
 - ¿Qué hacer con una Directiva Anticipada?
 - ¿Cuánto tiempo tiene vigencia una directiva anticipada?
- ¿Perderé mis derechos si tengo un tutor?
- ¿Puedo tener mi competencia restaurada?
- ¿Cuáles son mis derechos de privacidad?
- ¿Hay algún derecho que me proteja si voy a la cárcel?

Si recibe Medicaid de cualquiera de los condados en la región de Trillium, usted es afiliado del Plan de Salud Trillium. Como miembro del Plan de Salud Trillium, usted tiene derechos y responsabilidades para su cuidado. Usted es libre de ejercer sus derechos y el ejercicio de esos derechos no afectará negativamente la forma en que Trillium o sus proveedores lo tratan.

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS?

Los estatutos generales y códigos administrativos del estado de Carolina del Norte delinean las reglas y leyes sobre derechos humanos; usted tiene permitido:

- Derecho a solicitar y recibir información acerca de Trillium Health Resources, sus servicios, proveedores o médicos, los derechos y las responsabilidades de los miembros, de modo que pueda comprenderla. Trillium notifica a sus afiliados acerca de este derecho de forma anual.
- Derecho a ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y derecho a la privacidad.
- Derecho a participar con proveedores o profesionales en la toma de decisiones con respecto a sus cuidados médicos y el derecho a rechazar el tratamiento.
- Derecho a una discusión sincera con los proveedores de servicios y/ o profesionales sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias, independientemente de la cobertura de beneficios o costos. Es posible que deba decidir entre las opciones de tratamiento relevantes, los riesgos, los beneficios y las consecuencias, incluyendo su derecho a rechazar el tratamiento y expresar sus preferencias sobre futuras decisiones de tratamiento, independientemente de la limitación de la cobertura de beneficios.
- Derecho a expresar quejas o agravios sobre la organización o el cuidado se le está suministrando. Usted puede hacer esto llamando a la línea de Servicios al Afiliado y Beneficiario 1-877-685-2415 o visitando nuestro sitio de internet y haga clic al botón de "[Contáctenos](#)" en la parte superior derecha.
- Derecho de apelar las decisiones con las que no está de acuerdo.
- Derecho a estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coacción (fuerza), disciplina castigo, conveniencia o represalia (venganza). Si representa un peligro para usted o para los demás, y no hay otros medios disponibles para proteger su seguridad y la de los demás, restricción física puede ser usada.
- Derecho de solicitar y recibir una copia de su registro médico, sujeto a privilegio terapéutico y de solicitar que se enmiende o corrija su registro médico. Privilegio Terapéutico significa que, si el médico o terapeuta determina que esto sería perjudicial para su bienestar físico o mental, puede solicitar que la información se envíe a un médico o profesional de su elección.
- Derecho a escribir una nota o declaración que se colocará en su archivo si no está de acuerdo con lo que está escrito en sus registros médicos. Sin embargo, las notas originales también permanecerán en el registro hasta que el estatuto de limitaciones termine de acuerdo con las estipulaciones cronológicas del horario de retención de MH/DD/SAS (11 años para adultos, 12 años después de que un menor alcance la edad de 18 años y 15 años para registros DWI).
- Derecho a que se implemente un plan de tratamiento dentro de los **30 días** después del inicio de los servicios. Esto se conoce como su plan centrado en la persona.



- Derecho a una segunda opinión de un profesional de la salud calificado dentro o fuera de la red de proveedores de Trillium, sin costo para usted. A solicitud, Trillium proveerá una segunda opinión de un profesional de la salud calificado seleccionado por Trillium.
- La segunda opinión puede ser proporcionada por un proveedor que está dentro de la red o que está fuera de la red. Trillium no estará obligado a proporcionarle una tercera o cuarta opinión.
- Derecho a participar en el desarrollo de un plan de tratamiento centrado en la persona por escrito que se base en las necesidades, fortalezas y preferencias personales.
- Derecho a participar en el desarrollo y la revisión periódica de su plan de tratamiento y de consentir las metas preparadas en el mismo.
- El derecho a la libertad de expresión y la libertad de expresión religiosa, incluyendo el derecho a rechazar tratamiento por motivos morales o religiosos.
- Derecho a igual empleo y oportunidades educativas.
- Derecho a hacer preguntas cuando no entienda algo sobre sus cuidados o si no entiende lo que se espera que usted haga.
- Derecho a un aviso por escrito de cualquier "cambio significativo" en el manual y/o contratos por lo menos **treinta (30) días calendario** antes de la fecha de vigencia prevista para el cambio. Un "cambio significativo" es un cambio que requiere modificaciones a la Exención 1915 b/c, un contrato entre Trillium y el Estado o Medicaid, o el Plan Estatal de Medicaid.
- Derecho a recibir servicios de interpretación sin cargo.
- Derecho de solicitar y recibir una audiencia estatal imparcial.
- Derecho a desarrollar una directiva anticipada para su tratamiento de salud mental que le gustaría en caso de una emergencia. Usted puede contactar Trillium Health Resources en el teléfono **1-877-685-2415** para obtener asistencia. Una directiva anticipada explica el tratamiento que le gustaría y las personas en las que le gustaría que participaran en él. También explica las cosas que usted no quiere.
- Usted es libre de ejercer estos derechos y ejercer estos derechos no afectará de manera negativa la forma en que Trillium o sus proveedores lo tratan.
- Derecho a estar libre de abuso mental, abuso físico, negligencia y explotación.
- Usted tiene derecho a elegir su proveedor dentro de la red de proveedores de Trillium. Usted tiene derecho a cambiar su proveedor en cualquier momento llamando a la línea Servicios al Afiliado y Beneficiario **1-877-685-2415** o hablando con su Administrador de Cuidados. Cuando un proveedor abandona la red (ya sea por elección o de otra manera), Trillium se pondrá en contacto con todos los afiliados que actualmente están en tratamiento con este proveedor. Trillium hará todo lo posible por notificar a cada afiliado por escrito **treinta (30) días calendario** antes de que el proveedor abandone la red. Si Trillium se entera de la salida de un proveedor con menos de **treinta (30) días calendarios** antes de la fecha de finalización, Trillium hará todo lo posible para notificar a cada afiliado por escrito **quince (15) días calendario** después de que Trillium reciba la notificación de la terminación o dentro de los **quince (15) días calendario** después de que Trillium termina el proveedor. Cuando el proveedor sale de la red sin aviso, Trillium contactará a los afiliados por teléfono para notificarles de la situación y conectarles con un nuevo proveedor.
- Derecho al tratamiento, independientemente de su edad o discapacidad. El tratamiento que reciba será apropiado para su edad y de la manera menos restrictiva posible.
- Derecho a invitar a familiares o amigos para ayudar al desarrollo de su Plan Centrado en la Persona. El propósito del Plan Centrado en la Persona es ayudarlo a hacer metas que lo ayuden alcanzar su máximo potencial.

Esta lista continua en la próxima página

- Derecho a ser notificado con anticipación de todos los riesgos y beneficios potenciales de los tratamientos.
- Derecho a estar libre de medicamentos innecesarios o excesivos. Los medicamentos no se usarán como castigo o para la comodidad del personal o la familia.
- Derecho de rechazar medicamentos. Esto siempre debe discutirse con su médico.
- Usted **NO PUEDE** ser tratado con terapia de electrochoque, medicamentos o procedimientos experimentales, o no se le puede realizar una cirugía (a menos que sea una cirugía de emergencia) sin su permiso por escrito.
- Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre las políticas, los procedimientos y los servicios de Trillium. Si desea hacer recomendaciones sobre cambios, comuníquese con Trillium Health Resources al 1-866-998-2597. También usted puede escribirnos a:

Trillium Health Resources
201 West First Street
Greenville, NC 27858

- Usted tiene el derecho de mantener su cuidado y su registro médico confidencial (privado). Incluso el hecho de que esté recibiendo servicios es confidencial.

Información sobre usted solo se puede compartir cuando:

- Usted ha dado su consentimiento por escrito.
- Hay una orden judicial.
- Usted se convierte en un peligro para usted o para los demás y es necesario que alguien presente documentos de compromiso involuntario o encontrar una ubicación en el hospital para usted.
- Es probable que cometa un delito grave. Su proveedor compartirá la información con la agencia de ley correspondiente.

A menos que haya sido declarado incompetente por un tribunal de justicia y tenga un tutor legal designado para usted, usted tiene los mismos derechos básicos que todos los demás. Esto incluye un derecho a:

- Eliminación de propiedad
- Hacer compras
- Entrar en relaciones contractuales
- Votar
- Casarse y divorciarse
- Desarrollar un plan de descarga antes de ser dado de alta
- Derecho a recibir una copia de su plan de tratamiento. Los afiliados son libres de ejercer estos derechos y el ejercicio de estos derechos no afectará negativamente la forma en que la LME o los proveedores tratan al afiliado.

SI SOY MENOR DE EDAD, ¿TENGO ALGÚN DERECHO?

Si es menor de 18 años de edad, usted tiene derecho a:

- Supervisión y guía adecuadas de un adulto.
- Realizar actividades apropiadas para su edad y recibir educación especial y capacitación vocacional si fuera necesario.
- Recibir una estructura y tratamiento apropiados y separados de personas adultas.

Usted también puede acordar recibir cierto tipo de tratamientos sin el consentimiento de un padre/madre o tutor. Estos incluyen:

- Tratamientos para enfermedades de transmisión sexual.
- Tratamientos para el embarazo.
- Tratamientos para el abuso de sustancias controladas o alcohol.

¿CUÁLES SON MIS RESPONSABILIDADES?

Además de sus derechos como destinatario de servicios, usted puede asegurarse mejores resultados al asumir las siguientes responsabilidades:

- Buscar ayuda cuando usted la necesite y llamar a su proveedor o Trillium en una crisis.
- Brindar la información necesaria (hasta donde sea posible) a Trillium y a los proveedores y/o profesionales para ayudarlos que le suministran los cuidados.
- Seguir los planes e instrucciones para sus cuidados que haya acordado con sus proveedores y/o profesionales.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de los objetivos del tratamiento mutuamente acordados entre usted y su equipo de tratamiento, en la medida de lo posible. Informar al médico o la enfermera sobre cualquier cambio en su salud o medicamentos; y hacer preguntas cuando no entiende sus cuidados o lo que se espera que haga.
- Invitar a personas que serán útiles y de ayuda para que se incluyan en su planificación de tratamiento.
- Trabajar en los objetivos de su Plan centrado en la Persona.
- Respetar los derechos y la propiedad de otros afiliados y del personal de los proveedores y Trillium.
- Respetar las necesidades de privacidad de otros afiliados.
- Mantener todas las citas programadas y llegar a tiempo.
- Si no puede asistir a la cita, cancele la cita por lo menos con 24 horas de anticipación.
- Cumplir con las obligaciones financieras de acuerdo con lo establecido.
- Informar al personal de cualquier condición médica que sea contagiosa.
- Tomar sus medicamentos tal y como se los recetaron.
- Informar a su médico si tiene efectos secundarios desagradables a causa de sus medicamentos o si sus medicamentos no parecen estar funcionando para ayudarlo a sentirse mejor.
- Informar a su médico o terapeuta si no está de acuerdo con sus recomendaciones.
- Abstenerse de “comprar al médico” en un intento por obtener más prescripciones de las que necesita.
- Informar a su médico o terapeuta cuándo/si desea finalizar el tratamiento.
- Llevar consigo su tarjeta de Medicaid u otra tarjeta del seguro en todo momento, y no permitir que amigos, o familiares usen su tarjeta de Medicaid.
- Cooperar con aquellos que están tratando de ayudarlo con sus cuidados.
- Seguir las reglas establecidas en el día, tarde o en los programas de servicios de 24 horas.
- Ser considerado con otros pacientes y miembros de la familia.
- Buscar servicios de apoyo adicionales en su comunidad.
- Leer, o hace que le lean, avisos escritos de Trillium sobre cambios en beneficios, servicios o proveedores.
- Cuando abandona un programa y solicita un plan de alta, asegúrese de comprenderlo y de comprometerse a seguirlo.

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS EN UN CENTRO DE CUIDADOS LAS 24 HORAS O EN UN HOGAR PARA ADULTOS?

Si usted recibe cuidados en una institución de atención las 24 horas o en un hogar de cuidados para adultos, cuenta con los derechos mencionados anteriormente.

También tiene derecho a

- Recibir la atención médica necesaria si se encuentra enfermo. Si su seguro médico no cubre los costos, usted será responsable del pago.
- Recibir una respuesta razonable de solicitudes que se hagan al Administrador de la institución o al personal.
- Al ingreso en la institución y durante la estancia usted debe recibir estado de cuenta por escrito de los servicios prestados y los cargos de estos servicios.
- Ser notificado cuando la instalación emita una licencia provisional (temporal) o notificación de revocación (reverso) de licencia por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte (DHSS) y la razón por la cual se emitió la licencia provisional o notificación de revocación de licencia. Se debe notificar a su familiar responsable o tutor.
- Enviar y recibir sus correspondencias cerradas. Tener acceso a material de escritura, de envío (sellos, sobres etc.) y asistencia del personal si fuera solicitada.
- Contactar y consultar a un defensor del afiliado.
- Contactar y ver a un abogado, su médico personal u otros profesionales privados. Estos servicios correrán por su cuenta, no por cuenta de la institución.
- Contactar y consultar a su padre/madre o tutor legal en cualquier momento si es menor de 18 años de edad.
- Realizar y recibir llamadas de teléfono que sean confidenciales. Todas las llamadas de teléfono a larga distancia correrán por su cuenta, no por cuenta de la institución.
- Recibir visitas entre las 8:00 a.m. y las 9:00 p.m. El horario de visita debe estar disponible seis horas todos los días. Dos de esas horas deben ser después de las 6:00 p.m. Si es menor de 18 años, las visitas no pueden interferir con la escuela o el tratamiento.
- Comunicarse y reunirse con personas que desean comunicarse y reunirse con usted. Esto se podrá hacer bajo supervisión si su equipo de tratamiento lo considera necesario.
- Realizar visitas fuera de la institución, a menos en su plan centrado en la persona figure que no es recomendable.
- Pasar tiempo al aire libre todos los días. Tener acceso a instalaciones y/o los equipos de ejercicios físicos varias veces por semana.
- Contar con un lugar de almacenamiento individual para sus efectos personales que pueda ser asegurado y estar accesible solo a usted, el administrador o el supervisor a cargo.
- Conservar sus objetos personales y su ropa, a menos que dichos elementos estén prohibidos por la ley.
- Tener y gastar una suma responsable de su propio dinero; si la institución está guardando su dinero por usted, usted puede examinar su cuenta en cualquier momento.
- Participar en ceremonias religiosas si así lo desea.
- Conservar su licencia de conducir, a menos que sea menor de edad o que un tribunal judicial le haya prohibido hacerlo.
- No ser transferido o dado de baja de una instalación excepto por razones médicas, su bienestar o el bienestar de otros, por falta de pago, o si es mandado por la ley federal o estatal. Usted debe ser notificado con 30 días antes, salvo en los casos de seguridad para usted o para otros. Puede apelar la transferencia o la de alta (según normas de la Comisión de Atención Médica), y usted puede permanecer en la instalación hasta la resolución de la apelación.

A cada afiliado se le debe garantizar el derecho a la dignidad, privacidad y atención humanitaria en la prestación de servicios de salud personal, higiene y aseo.

Dichos derechos incluirán, pero no deben limitarse a:

- Oportunidad para un baño de ducha o bañera diariamente, o más a menudo según sea necesario;
- Oportunidad de afeitarse al menos diariamente;
- Oportunidad de obtener los servicios de un barbero o un estilista; y
- Provisión de ropa de cama y toallas, papel higiénico y jabón para cada afiliado y otros artículos de higiene personal para cada afiliado indigente. Entre otros artículos se incluyen, pero no se limita a, pasta de dientes, cepillo de dientes, toallas sanitarias, tampones, crema de afeitar y utensilios de afeitar.
- Tener acceso a bañeras o duchas y baños que garantizan la privacidad individual estarán disponibles.
- Tener acceso a inodoro, lavamanos y baños equipados para el uso de un afiliado con impedimentos de movilidad.
- Un ambiente propicio para un sueño sin interrupción durante las horas programadas para dormir, consistente con los tipos de servicios que se prestan y el tipo de afiliados que se atienden; y
- Áreas accesibles para la privacidad personal, por al menos períodos limitados de tiempo, a menos que se determine inadecuado por el equipo de tratamiento o habilitación.
- Estar libre de decorar adecuadamente su habitación, o su parte de una habitación de varios residentes, con respeto a la elección, principios de normalización, y respeto a la estructura física. Cualquier restricción a esta libertad se llevará a cabo de acuerdo con la política del cuerpo directivo.

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS SI TENGO DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y/O DEL DESARROLLO?

Si su discapacidad principal es discapacidad intelectual y del desarrollo (DID), usted tiene derecho a continuidad en sus cuidados. Si es dado de alta de una institución residencial y aún necesita cuidado residencial, el proveedor DEBE proporcionarle una notificación por escrito con 60 días de anticipación, como se estipula en el Estatuto General 122C-63 "Assurance for Continuity of Care" (Garantía de continuidad de la atención). Esto le da tiempo para encontrar otra residencia. Este derecho existe siempre y cuando usted no haya cometido ningún acto ilícito o no sea un peligro para la seguridad de otras personas.

¿QUÉ SON LOS DERECHOS RESTRINGIDOS?

Sus derechos solo pueden verse restringidos por su equipo de tratamiento por razones relacionadas con su atención o tratamiento. Usted debe formar parte de su equipo de tratamiento y del proceso de toma de decisiones. Usted tiene derecho a involucrar a un defensor o a alguna persona de confianza. Para que se apruebe una restricción de derechos, dicha restricción debe pasar por el Human Rights Committee (Comité de derechos humanos). Toda restricción se documentará y conservará en su historia clínica.

¿QUÉ HAGO SI CREO QUE MIS DERECHOS HAN SIDO VIOLADOS?

Si sus derechos han sido violados, llame a nuestro número de Línea de Servicios al Afiliado y Beneficiario al 1-877-685-2415. Puede presentar un agravio o una queja personalmente o por teléfono. No es necesario proporcionar su nombre. Si cree que se ha violado su información de salud protegida, puede presentar un agravio ante Trillium llamando al 1-877-685-2415.

También puede contactar a:

*N.C. Division of Medical Assistance
Privacy Official*

2501 Mail Service Center

Raleigh, NC 27699-2501

Phone: 919-855-4100

Las personas que viven en hogares de cuidado para adultos tienen el derecho de informar a la División de Servicios de Salud de Carolina del Norte (DHSR, por sus siglas en inglés) de cualquier sospecha de violación de sus derechos como afiliado:

DHSR

Complaint Intake Unit

2711 Mail Service Center

Raleigh, NC 27699-2711

Por Teléfono

Línea de Quejas

*1-800-624-3004 (dentro de Carolina del Norte) o
919-855-4500*

*Horario: 8:30 a.m. – 4:00 p.m. días de semana,
excepto días de fiestas.*

Por Fax

*Por favor mande su información al
919-715-7724*

Trillium Health Resources cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Si cree que se han violado sus derechos civiles, consulte las instrucciones en la **página 4** de este manual.



¿QUÉ ES EL CONSENTIMIENTO INFORMADO?

Tiene derecho a ser informado con anticipación de los riesgos y beneficios potenciales de las opciones de tratamiento, incluyendo el derecho a negarse a participar en estudios de investigación. Usted tiene el derecho de consentir o rechazar cualquier tratamiento a menos que se aplique uno de los siguientes:

- Es una situación de emergencia.
- No eres un paciente voluntario.
- El tratamiento es ordenado por un tribunal de justicia
- Es menor de 18 años de edad, no ha sido emancipado y el tutor o guardián le da permiso.

¿QUÉ SUCEDERÍA SI NO PUEDO TOMAR UNA DECISIÓN SOBRE MI CUIDADO?

Usted tiene el derecho de hacer instrucciones para su tratamiento por adelantado. Hay tres tipos de directivas anticipadas. Estos documentos legales le permiten dar a conocer sus deseos en caso de que usted sea incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

Estos son:

- Directivas anticipadas psiquiátricas o directivas anticipadas para la atención de salud mental
- Poder notarial para la atención médica.
- Testamento vital.

Directivas Psiquiátricas Anticipadas

Las [Directivas psiquiátricas anticipadas](#) (PAD) por sus siglas en inglés, o directiva anticipada para el cuidado de la salud mental son documentos legales que proporcionan las instrucciones para el tratamiento de la salud mental que usted desea recibir en caso de sufrir una crisis y no poder tomar las decisiones por sí mismo. Su proveedor de servicios o Administrador de Cuidados debería poder ayudarlo a desarrollar este documento.

Las instrucciones proporcionan información sobre:

- Lo que usted considera que ayuda a calmarlo.
- Qué opinión tiene sobre los tratamientos de aislamiento o electrochoque.
- Qué medicamentos no desea tomar.
- Qué médico desea que esté a cargo de su tratamiento.

Estas son decisiones que puede tomar antes de cualquier situación en la que no pueda comunicar sus deseos sobre su cuidado y proporcionar instrucciones específicas que debe seguir un médico o psicólogo. Se seguirán las instrucciones que usted incluyó en el PAD si un médico o psicólogo elegible determina que usted es incapaz de tomar y comunicar las decisiones de su tratamiento. Sus instrucciones pueden ser anuladas si está retenido de acuerdo con la ley de compromiso civil.

Si su proveedor no está de acuerdo con cualquier parte de las directivas anticipadas (debido a un "asunto de conciencia" u objeción personal), el proveedor debe proporcionar (por escrito) por qué no está de acuerdo, incluir detalle de la ley que permite estas objeciones y describir las condiciones médicas involucradas. Usted puede elegir ver un proveedor diferente.

Es posible que sus instrucciones no se sigan si lo retienen de acuerdo con la ley de compromiso civil.

Poder de Representación para la Cuidados Médicos

Un poder de representación para la atención médica le permite designar a alguien que pueda tomar decisiones por usted en caso de que usted no pueda tomar sus propias decisiones sobre el tratamiento. Este documento le da a la persona que usted designe como su representante de atención médica poderes amplios para tomar decisiones médicas por usted en caso de que usted no pueda tomar la decisión por sí mismo o no pueda comunicar su decisión a otras personas. Usted debe discutir sus deseos sobre las medidas para prolongar la vida, tratamientos de salud mental y otras decisiones para el cuidado de la salud con la persona que designe como representante legal para los cuidados médico.

Excepto en la medida en que exprese limitaciones o restricciones específicas en esta manera, su agente de cuidado médico puede tomar cualquier decisión de atención médica que pueda tomar usted mismo.

Testamento Vital

Un testamento vital es un documento que indica a los demás que usted desea morir de muerte natural en caso de padecer una enfermedad incurable, no poder recibir alimentos o respirar por su cuenta.

Estos tres documentos deben ser escritos y firmados por usted mientras usted pueda entender su condición y opciones de tratamiento y sea capaz de hacer conocer sus deseos. Dos personas calificadas deben ser testigos de los tres tipos de directivas anticipadas. El testamento en vida y el poder notarial de cuidados médicos deben ser notariados.

¿Qué hacer con una Directiva Anticipada?

Asegúrese de conservar una copia del documento en un lugar seguro y de entregar copias a su familia, al hospital donde más frecuente usted recibe tratamiento y a su médico. La directiva psiquiátrica anticipada también puede ingresarse en una base de datos nacional o registrarse en el [North Carolina Advanced Health Care Directive Registry](#) (Registro de directivas psiquiátricas anticipadas del Estado de Carolina del Norte) que es parte de la Secretaría de Estado de Carolina del Norte. Para registrarse hay un cargo de \$10.00. Este cargo incluye el registro, el formulario

de revocación, la tarjeta de registro y la emisión de la contraseña. Si cambia de opinión en cualquier momento, podrá utilizar el formulario de revocación.

¿Cuánto tiempo tiene vigencia una directiva anticipada?

Sus directivas anticipadas permanecerán activas hasta que las cancele. Puede cancelar o modificar sus directivas psiquiátricas anticipadas en cualquier momento. Si cancela o modifica sus directivas anticipadas, asegúrese de comunicar el cambio a todas las personas que posean una copia de sus directivas psiquiátricas anticipadas.

¿PERDERÉ MIS DERECHOS SI TENGO UN TUTOR?

Las personas que no tienen la capacidad de tomar y comunicar decisiones importantes sobre sus asuntos personales y financieros pueden ser declaradas incompetentes por un tribunal y asignadas a un tutor para ayudarles a ejercer sus derechos. Si se le ha declarado incompetente, su tutor está legalmente designado por el tribunal para que actúe para hacer decisiones por usted y como su defensor.

Sin embargo, su tutor debe darle la oportunidad de participar lo más completamente posible en todas las decisiones que afectan su vida.

Las personas determinadas como incompetentes y asignadas a un tutor por el tribunal conservan todos los derechos legales y civiles, excepto los derechos otorgados al tutor por el tribunal. Usted debe leer cuidadosamente la orden de tutela. A menudo incluye lenguaje que se reserva algunos de sus derechos, como su derecho a asociarse con sus propios amigos, tomar decisiones sobre dónde vives o tomar decisiones de salud.

¿PUEDO TENER MI COMPETENCIA RESTAURADA?

Si ha sido declarado incompetente, puede anular su tutela y posiblemente recuperar su competencia (decisión tomada por un juez acerca de su capacidad legal para tomar decisiones). Usted, el tutor o cualquier otra persona interesada pueden solicitarle al secretario del Tribunal Superior que vuelva a abrir el caso. La solicitud comienza presentando una moción o petición por escrito al secretario del condado donde se administra la tutela. Para recuperar la competencia, debe demostrar que puede administrar sus propios asuntos y tomar y comunicar decisiones importantes. Si se restablece la competencia, el tutor es despedido. La restauración parcial de algunos derechos también es una opción.

Para obtener más información sobre la tutela, comuníquese con la oficina local del Departamento de Servicios Sociales (DSS) o visite su sitio de internet en: rethinkingguardianshipnc.org y ncdhs.gov/assistance/guardianship/guardianship-alternatives-to-guardianship.

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS DE PRIVACIDAD?

Tus Derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtenga una copia de sus registros de salud y reclamaciones.
- Corregir sus registros de salud y reclamaciones.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pídanos limitar la información que compartimos.
- Obtenga una lista de aquellos con quienes compartimos su información.
- Obtenga una copia de [este aviso de privacidad](#).
- Elige a alguien para que actúe por usted.
- Presente una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

Tus Opciones

Tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información a medida que:

- Responda a las preguntas de cobertura de su familia y amigos.
- Proporcionar ayuda para desastres.
- Comercializar nuestros servicios.

Nuestros Usos y Divulgaciones

Podemos usar y compartir su información para:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe.
- Dirigir nuestra organización.
- Pagar por sus servicios de salud.
- Administrar su plan de salud.
- Ayudar con temas de salud pública y seguridad.
- Hacer investigación y estudios.
- Cumplir con la ley.
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabaje con un médico forense o director de funeraria.
- Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Responder a demandas y acciones legales.

¿Tiene usted algunos derechos cuándo se trata de como compartimos cierta información de su salud?

Obtén una copia de tu salud y registros de reclamaciones	Usted puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntanos cómo hacer esto. Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.
Pídanos corregir la salud y registros de reclamaciones	Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y reclamaciones si cree que están incorrecto o incompleto. Pregúntanos cómo hacer esto. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.
Solicitar comunicaciones confidenciales	Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, el teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente. Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.
Pedir que limitemos el uso y lo compartido	Puede solicitarnos que no usemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si eso afectaría su atención.
Obtenga una lista de aquellos con quienes compartimos su información	Puede solicitar una lista de los momentos en que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicitó, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos solicitó). Le proporcionaremos una lista al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.
Obtenga una copia de este aviso de privacidad	Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de manera electrónica. Te proporcionaremos un papel copia puntualmente.
Elige a alguien para que actúe por usted.	Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

Llene un agravio o una queja si usted se siente que sus derechos han sido violados	Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos si se comunica con nosotros a la línea de Servicios al Afiliado y Beneficiario 1-877-685-2415. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a: 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando HIPPA. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.
--	--

¿Puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos en ciertas situación de salud?

En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que::	Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención. Compartir información en una situación de alivio de desastres. Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.
En estos casos, nunca compartimos su información a menos que usted nos dé un permiso por escrito:	Fines de marketing Venta de su información (Trillium nunca venderá información sobre los miembros)

¿Cómo podemos usar o compartir típicamente su información de salud?

Ayuda a administrar el tratamiento de salud que recibes	Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están tratando, a menos que esta información pueda perjudicarlo.	Ejemplo: un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.
Corre nuestra organización	Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario. No se nos permite usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidado a largo plazo.	Ejemplo: utilizamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.
Pagar por sus servicios de salud	Podemos usar y divulgar su información de salud cuando estamos pagando por sus servicios de salud.	Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su médico para coordinar el pago de su tratamiento.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines.

Para más información, visite: www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html.

Ayuda con temas de salud pública y seguridad.	Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones como: Prevenir enfermedad. Ayudar con el retiro de productos. Reportar reacciones adversas a medicamentos. Denunciar de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.
Hacer investigación y estudios	Podemos compartir tu información de salud para ser usada en investigaciones y estudios.
Cumplir con la ley.	Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desean ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.
Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajo con un médico forense o director de funeraria.	Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos. Podemos compartir información de salud con un oficial forense, un médico forense o un director de un funeral cuando una persona muere.
Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.	Podemos usar o compartir información de salud sobre usted: Para reclamaciones de indemnización laboral. Para propósitos de hacer cumplir la ley o con un oficial de la ley. Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley. Para funciones especiales del gobierno tales como militares, seguridad nacional, y servicios de protección presidencial.
Responder a demandas y acciones legales.	Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa o en respuesta a una citación.



¿Cuáles son nuestras responsabilidades?

La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su información médica protegida.

- Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este manual y entregarle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de manera diferente a la que se describe aquí, a menos que nos indique que podemos hacerlo de una manera por escrito. Si nos dice que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si desea cambiar de opinión.

Para más información, ver: www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html

¿A qué organizaciones prácticas de privacidad?

Este [Aviso de Prácticas de Privacidad](#) es aplicable únicamente para Trillium Health Resources. Los proveedores en la red de Trillium Health Resources están obligados a tener su propio Aviso de Prácticas de Privacidad.

¿HAY ALGÚN DERECHO QUE ME PROTEJA SI VOY A LA CÁRCEL?

Los centros penitenciarios de Carolina del Norte deben tener un plan médico que incluya políticas para evaluar la salud de los reclusos al momento de la admisión, así como administrar, dispensar y controlar medicamentos recetados y no recetados. Las cárceles deben proporcionar conferencias con personal médico calificado y privacidad durante los exámenes. Se lo observará dos veces por hora, o cuatro veces por hora si tiene un historial de intentos de suicidio o muestra un comportamiento errático.

¿CÓMO HAGO UNA APELACIÓN O PRESENTAR UN RECLAMO?

EN ESTA SECCIÓN:

- ¿Qué es una apelación?
- ¿Cómo presentar una apelación por una decisión adversa de beneficio?
 - ¿Qué es la solicitud de reconsideración?
 - ¿Qué documentación debería guardar?
 - ¿Puedo recibir servicios durante mi revisión de reconsideración?
 - ¿Se puede acelerar mi solicitud de revisión de reconsideración?
 - ¿Se puede extender el plazo de revisión de la reconsideración?
 - ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión?
 - ¿Cómo presento una apelación formal ante la Oficina de Audiencias Administrativas?
 - ¿Quién es responsable de mis servicios mientras mi apelación está pendiente?
 - ¿Puedo apelar una decisión sobre servicios que no son de Medicaid?
 - ¿Se puede acelerar mi solicitud de revisión de reconsideración?
 - ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión?
- ¿Qué es un agravio?
- ¿Cómo presento un agravio?
- ¿Qué es el proceso de agravios?
 - ¿Qué sucede si no estoy satisfecho con la respuesta a mi agravio de Medicaid?
 - ¿Qué sucede si no estoy satisfecho con la respuesta a mi agravio no relacionada con Medicaid?
 - Documentación que debería guardar
 - ¿Cómo puedo obtener asistencia legal?
- ¿Cómo puedo presentar una queja?
 - ¿Qué hace Trillium cuando recibe una queja?
 - ¿Qué pasa si no estoy satisfecho con la respuesta a mi queja?
- ¿Qué si me cambian de Trillium al plan estándar?

Queremos que entienda sus derechos para solicitar apelaciones y presentar quejas. Los beneficiarios de Medicaid tienen un derecho constitucional al debido proceso. El debido proceso significa que usted tiene derecho a un aviso por escrito y una oportunidad para ser escuchado. Nuestro sistema de apelaciones de Medicaid se basa en este derecho fundamental de debido proceso.

Apelación: Una apelación significa una solicitud de revisión de una determinación adversa de beneficios, como la denegación o reducción de servicios, o la denegación del pago de servicios.

Queja: Una queja es cualquier expresión de insatisfacción sobre Trillium o un proveedor de red, presentada por cualquier persona. A diferencia de un agravio, usted no necesita tener consentimiento para presentar una queja en nombre de nadie.

Agravio: Un agravio es cualquier expresión (s) de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una determinación adversa de beneficios presentada por un afiliado o por una persona que ha sido autorizada por escrito para presentar en nombre de un afiliado.

¿QUÉ ES UNA APELACIÓN?

Una apelación significa "una solicitud de revisión de Determinación Adversa al Beneficio".

Una Determinación Adversa al Beneficio se define cuando Trillium:

- Niega o parcialmente niega una solicitud de servicios para usted.
- Reduce, suspende (pausar) o da por finalizada una autorización para un servicio que usted está autorizado a recibir actualmente.
- Niega el pago total o parcial por sus servicios autorizados. La denegación, total o parcial, de un pago por un servicio únicamente porque la reclamación no cumple la definición de «reclamación limpia», no es una determinación adversa de la prestación.

- Falla en garantizar que usted reciba los servicios de una manera oportuna como lo establece el Estado;
- Falla de una MCO o PIHP para actuar dentro de los plazos previstos en las Regulaciones Federales.
- Niega su solicitud a un pasivo financiero, incluyendo costos compartidos, copagos, primas, deducibles, coaseguros y otros pasivos financieros;
- Falla en permitir que usted reciba los servicios fuera de la red, **pero solo si usted vive en una zona rural y no hay ningún proveedor de la red disponible para proporcionarle el servicio o en situaciones expresadas según § 438.52 (b) (2) (ii).**

Una apelación de Medicaid puede ser presentada tanto un usted, su tutor o un representante, incluyendo su proveedor de servicios en la red, o su abogado, si tienen una autorización escrita de usted para actuar en su nombre. Trillium asegura que no se toman medidas disciplinarias (ej. cualquier tipo de castigo) contra usted o su representante que pide o que apoye una apelación de un afiliado.

Antes que la Determinación adversa de beneficio sea final usted recibirá una carta que le explicará cómo realizar la apelación de Determinación adversa de beneficio.

En la mayoría de los casos si usted realiza la apelación de la Determinación adversa de beneficio apropiadamente siguiendo las instrucciones de la carta, sus servicios continuaran hasta el final del período de autorización original. Trillium garantiza que los afiliados no sean desanimados, forzados (obliguen) o que sean mal informados (se les da información incorrecta) con respecto al tipo, cantidad y duración de los servicios que pueden solicitar. Además, Trillium no desalienta, coacciona (obliga) o desinforma (dar información incorrecta) a los miembros sobre su derecho a apelar la negación, reducción o terminación (interrupción) de un servicio.

Nota: Cuando se apela la denegación de un nuevo servicio, Trillium no continuará autorizando el servicio solicitado durante el período de apelación.

Si Trillium reduce, suspende o finaliza una autorización de servicio actual que no haya vencido, Trillium debe notificarle a usted por escrito por lo menos **ten (10) días** antes la Determinación Adversa al Beneficio. Si Trillium deniega una solicitud para un nuevo servicio, usted recibirá una notificación por escrito cuando la decisión de negación se haga. Usted será notificado por escrito sobre el proceso para apelar una determinación adversa de beneficios de Trillium en la Carta de Notificación de determinación adversa de beneficios (Adverse Benefit Determination letter). Es muy importante para usted seguir todas las instrucciones que se le den en las notificaciones y cartas que usted reciba después que Trillium toma una determinación adversa de beneficio.

¿CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN POR UNA DECISIÓN ADVERSA DE BENEFICIO?

Si usted desea apelar una Determinación Adversa de Beneficios de Trillium, **primero debe solicitar una Revisión de Reconsideración de Trillium vía oral o por escrito**. Si no le gusta el resultado de la Revisión de Reconsideración de Trillium, puede presentar una apelación formal ante la Oficina de Audiencias Administrativas (Office of Administrative Hearings (OAH, por sus siglas en inglés). Vea abajo como mandar esta apelación.

Un Coordinador de Apelaciones está disponible para ayudarle a explicar y completar la documentación de su apelación, si así lo solicita usted, su tutor legal o su representante autorizado. Debemos brindarle asistencia razonable para completar formularios y tomar otros pasos de procedimiento relacionados con una queja o apelación. Esto incluye, pero no se limita a, proporcionar ayudas y servicios auxiliares de ayuda (de asistencia) si usted lo solicita, tales como servicios de interpretación y TTY/TTD. Puede llamar a Trillium a la línea de Cuestiones Administrativas y de Negocios 1-866-998-2597 para hablar con el Coordinador de Apelaciones, y pregunte por ayuda auxiliar o interprete.

¿Qué es una solicitud de reconsideración?

Una Revisión de Reconsideración de Trillium es una revisión local e independiente de la determinación adversa de beneficio de Trillium. Cuando Trillium toma una decisión concerniente a sus servicios, usted recibirá una Determinación Adversa al Beneficio por correo. Dentro de los primeros **sesenta (60) días calendario** de la fecha en la carta de su Determinación Adversa al Beneficio, usted, su tutor o representante autorizado puede solicitar una Reconsideración a Trillium, ya sea verbalmente o por escrito. Su solicitud verbal o escrita estará a tiempo si Trillium recibe la solicitud en el plazo de los **sesenta (60) días calendario**.

Para solicitar una reconsideración, usted debe completar y entregar el Formulario de Solicitud de Revisión de Reconsideración (Reconsideration Review Request Form) de Trillium de cualquiera de las siguientes maneras:

Por Fax	1-252-215-6879
Por correo o personalmente	Trillium Health Resources Attn: Appeals Coordinator 201 West First Street Greenville, NC 27858
Por teléfono	1-866-998-2597

Por favor recuerde que su representante debe tener un consentimiento por escrito para mandar una Formulario de Solicitud de Revisión de Reconsideración en su nombre. Trillium acusa recibo de todas las Solicitudes de Revisión de Reconsideración por escrito. Si usted ha entregado una solicitud y no ha recibido el acuse de recibo, por favor llámenos y déjenos saber. No aceptaremos o procesaremos ninguna solicitud de reconsideración que se halla llenado fuera de tiempo.

Un profesional de la salud con la experiencia médica adecuada en el tratamiento de su enfermedad o trastorno decide su Trillium Solicitud de Revisión de Reconsideración. Puede tomar hasta **30 días calendario** para hacer una decisión sobre su Solicitudes de Revisión de Reconsideración.

Programa defensor del pueblo (Ombudsman Program)

El programa Defensor del Pueblo de NC Medicaid puede ayudarlo a través de los procesos de apelaciones, agravios y reconsideraciones. Ellos pueden responder preguntas o ayudar a explicarles los pasos del que involucran estos procesos. Usted pueda llamarlos al 1-877-201-3750; mandar un correo electrónico al info@ncmedicaidombudsman.org o visitar www.ncmedicaidombudsman.org. Por favor tenga en cuenta que este programa defensor del pueblo no reemplaza el proceso de Trillium de llenar una apelación.



¿Qué documentación debería guardar?

Es importante que guarde registros adecuados de la correspondencia escrita y las conversaciones por teléfono. Guarde todas las cartas que reciba de Trillium, sus proveedores o de la Division of Health Benefits (DHB). En una hoja, haga un registro de números de teléfono.

Siempre escriba:

- La fecha y el número de teléfono al que llamó.
- El nombre de la persona con la que habló.
- Una nota sobre el asunto de la llamada.
- El momento en que podrían responderle y quién lo hará, o el nombre y número de teléfono de otra persona con la que se puede contactar.

Guarde la hoja de registro de su teléfono y las cartas en un lugar seguro. Si desea una copia de su expediente de su caso, sin cargo, comuníquese con Trillium y pida hablar con un Coordinador de Apelaciones al 1-866-998-2597. Por favor, háganos saber lo antes posible si desea una copia. El expediente del caso incluirá todos los registros considerados por Trillium en relación con la decisión, incluyendo los documentos presentados por su proveedor.

También puede enviar nueva información junto con su solicitud de apelación durante el proceso de apelación. Esto podría incluir nueva información de su médico, como evaluaciones actualizadas. Trillium guarda todos los registros de las quejas durante un período mínimo de **diez (10) años** a partir de la resolución. Para que estos registros se destruyan no debe existir ningún indicio de que puedan ocurrir pleitos o auditorías en el futuro.

¿Puedo recibir servicios durante mi revisión de reconsideración?

La ley federal le permite seguir recibiendo servicios cuando usted apela una determinación adversa de beneficio de Trillium. Si usted desea que los servicios existentes continúen sin interrupción hasta el final del período original mientras que la apelación al Medicaid por reducción, suspensión (pausa), finalización o negación, **usted debe solicitar una revisión de reconsideración, dentro de los primeros diez (10) días calendario que la carta de aviso de determinación adversa de beneficio fue enviada por correo.**

Si usted solicita Revisión de Reconsideración de **once (11) a sesenta (60) días calendarios** después de la fecha de la carta de aviso de determinación adversa de beneficio, podría haber una interrupción en el servicio actual. Tras recibir su Solicitud de Revisión de Reconsideración Trillium restablecerá sus servicios.

La ley Federal explica esto con más detalle. Esta ley dice que, si Trillium da por finalizados, suspende o reduce sus servicios actuales de Medicaid antes del vencimiento del período de autorización, usted puede continuar recibiendo dichos servicios de Medicaid si reúne todas las siguientes condiciones:

- Presentar un Formulario de Solicitud de Revisión de Reconsideración oportunamente, significa en las siguientes fechas o antes de las fechas siguientes (lo que sea más tarde):
- En un plazo de **diez (10) días calendario** a partir del envío del aviso determinación adversa al beneficio por parte de Trillium; o
 - La fecha efectiva prevista por Trillium para la determinación adversa al beneficio propuesta.
 - La Revisión de Reconsideración implica la finalización, suspensión o reducción de los servicios autorizados actualmente.
- Los servicios fueron solicitados por un proveedor autorizado.
- El período de autorización de los servicios no ha vencido y
- Usted solicita en un tiempo oportuno (dentro de **diez (10) días calendario**) que los servicios continúen.

Si se reúnen todas estas condiciones, usted puede continuar recibiendo sus servicios actuales hasta que:

- Retire su solicitud de Revisión de Reconsideración Audiencia Estatal Imparcial.
- Transcurran **diez (10) días calendario** del envío por correo de la decisión de Revisión de Reconsideración de Trillium, a menos que usted solicite una audiencia estatal imparcial ante la Office of Administrative Hearings del estado de Carolina del Norte dentro de ese plazo de **diez (10) días calendario**.

- La oficina de audiencia estatal imparcial tome una decisión en contra de usted o
- El período de autorización de los servicios expire o se alcancen los límites de autorización de los servicios.

Por correo o en persona:

Trillium Health Resources

Attention: Appeals Coordinator

201 West First Street

Greenville, NC 27858

¿Se puede acelerar mi solicitud de revisión de reconsideración?

Usted puede que solicite que se acelere el proceso de su reconsideración si el rango de tiempo de **treinta (30) días** le hará daño a su salud y seguridad. Usted puede solicitar una Reconsideración de Trillium acelerada verbalmente o por escrito. Si usted hace una solicitud verbal, no tiene que ser seguida por una escrita. Nosotros podemos aprobar o negar su solicitud de Revisión Reconsideración Acelerada. Si se niega su solicitud de apelación acelerada, puede presentar un agravio sobre nuestra decisión de negar su solicitud.

Si solicita una reconsideración acelerada y Trillium la niega, le notificaremos por teléfono la decisión de NO acelerar su solicitud. Usted recibirá la repuesta por escrito sobre la decisión de Trillium de acelerar su solicitud dentro de **dos (2) días calendarios**. Si su solicitud en negada, su reconsideración se procesara en el rango de tiempo normal de **treinta (30) días calendarios**. La solicitudes de reconsideración que sean aprobadas para ser aceleradas se procesaran en un rango de tiempo de **setenta y dos (72) horas** desde el tiempo que se recibió la solicitud.

¿Se puede extender el plazo de mi solicitud de revisión de reconsideración?

Trillium puede extender los plazos hasta catorce **14 días** calendarios si usted solicita una extensión. Trillium puede que extienda el plazo del tiempo hasta **catorce 14 días calendarios** por sí solo, cuando haya la necesidad de presentar información adicional y la extensión es para en interés de usted.

Quando Trillium extiende los rangos de tiempo sin ser solicitado por usted, Trillium hará las siguientes gestiones:

- Le enviará una notificación por escrito de la razón de la extensión dentro de **dos (2) días hábiles**;
- Hará el esfuerzo de proporcionar los más rápido posible, una notificación de forma oral (por teléfono) de la prórroga;
- Resolver la apelación tan pronto como su condición de salud requiere no más tarde de la fecha de expirar la extensión.
- Informarle sobre su derecho de llenar un agravio sobre esta extensión.

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

Si no está de acuerdo con el resultado de la reconsideración, puede presentar una apelación formal ante la Oficina de Audiencias Administrativas de Carolina del Norte (OAH por sus siglas en inglés) para solicitar una audiencia imparcial estatal. La solicitud de audiencia imparcial estatal debe realizarse ante la OAH dentro de los **120 días calendario** posteriores a la fecha de envío de la decisión de revisión de reconsideración (llamada carta de aviso de resolución). Las apelaciones formales son escuchadas por un juez de derecho administrativo de la OAH. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al servicio gratuito de información y referencia CARELINE de DHHS al 1-800-662-7030 y solicitar la Oficina de audiencias de DHB.

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

Si usted desea solicitar una audiencia en la OAH, por favor mande por correo o fax el formulario de State Fair Hearing que Trillium le mando, a la dirección y números de fax listados abajo:

AGENCIA	DIRECCIÓN DE CORREO	NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX
North Carolina Office of Administrative Hearings (OAH)	Attn: Clerk 6714 Mail Service Center Raleigh, NC 27699	1-984-236-1850	1-984-236-1871
Trillium Health Resources	Attn: Appeals Department 201 West First Street Greenville, NC 27858	1-866-998-2597	1-252-215-6879

Después de solicitar la Oficina de Audiencias Administrativas (OHA) o la Red de mediación de Carolina del Norte (Mediation Network of North Carolina) lo contactarán para darle la opción de tener un mediador en su caso a través del teléfono. Una mediación es una reunión informal para tratar de resolver el caso antes de que se lleve el caso antes un juez de derecho administrativo. Si acepta, la mediación deberá completarse en un plazo de **veinte y cinco (25) días** a partir de la presentación de su apelación formal. Si acepta la mediación y falle en participar, AHO cerrará su caso de apelación y no procederá con su audiencia. Si usted rechaza el mediador, o acepta el mediador, pero los resultados no son exitosos, su audiencia formal procederá. Usted será notificado por correo de la fecha, hora y ubicación de su audiencia.

Durante la fase de mediación en su apelación un coordinador de apelaciones de Trillium se encontrará disponible para ayudarlo a comprender y completar la documentación de apelación requerida si es solicitado por usted, su tutor legal o su representante autorizado. Si la mediación resuelve el caso, se descartará la audiencia. Se prestarán los servicios de acuerdo con lo que especifique la Red de Mediación de Carolina del Norte (Mediation Network of North Carolina).

Usted puede representarse a sí mismo en la audiencia, o contratar a un abogado, o preguntar a un pariente, amigo u otra persona que hable por usted en la audiencia. Le proporcionaremos todos los documentos que pretendemos utilizar en la audiencia con tiempo anticipado. Puede presentar nuevas evidencias en la audiencia, aunque esto puede resultar en un retraso. En la audiencia, ambas partes pueden presentar evidencia.

Si la apelación formal no se resuelve en la mediación, el asunto se establecerá para una audiencia con un juez de derecho administrativo. El juez de derecho administrativo tomará una decisión con respecto a su caso. Usted recibirá una copia escrita de la decisión del juez de derecho administrativo. Normalmente, el juez de derecho administrativo emitirá una decisión dentro de los **noventa (90) días** de la fecha de la audiencia. Si no está de acuerdo con la decisión final del juez de derecho administrativo, puede contratar un abogado y apelar su caso en el Tribunal Superior.

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

Si la decisión final no es a su favor (y se confirma la reducción, suspensión, terminación o denegación de Trillium), Trillium puede optar por recuperar de usted el costo de los servicios que se le proporcionaron durante el proceso de apelación formal.

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

A diferencia de los servicios de Medicaid, la ley del estado de Carolina del Norte aclara que no existe un derecho a los servicios con fondos estatales, por lo que los derechos de apelación son diferentes. En general, usted puede solicitar una apelación si Trillium emite una decisión de negar, reducir, cancelar o suspender un servicio financiado por el estado.

Trillium le notificará por escrito dentro de un día, si llegara a tomar la decisión de negar, reducir, suspender o dar por finalizados sus servicios no financiados por Medicaid. Si usted recibe una carta de Trillium informando que algunos o todos sus servicios que no son del Medicaid han sido reducidos, suspendidos, terminados o negado, usted puede apelar la decisión.

La notificación de la decisión incluirá un formulario de apelación e información sobre cómo presentar su solicitud de apelación de Trillium y todas las apelaciones subsiguientes. Usted debe presentar una apelación ante Trillium antes de presentar una apelación ante la N.C. Division of Mental Health, Developmental Disabilities and Substance Abuse Services (DMH/DD/SAS).

Para apelar la reducción, suspensión, finalización o negación de beneficios que no forman parte de Medicaid, usted debe completar y enviar el Non-Medicaid Services Appeal Form (que se incluye en la notificación de decisión que se le envió por correo) en un plazo de **15 días hábiles** a partir de la fecha de envío de la notificación de la decisión. **Su proveedor no puede presentar la apelación por usted.**

Maneras de enviar el formulario:

Por fax:	(252) 215-6879
Por correo:	Trillium Health Resources Attn: Appeals Coordinator 201 West First Street Greenville, NC 27858

Usted recibirá una carta de acuse de recibo dentro del siguiente día hábil después de que Trillium reciba el formulario de apelación de servicios no relacionados con Medicaid. La apelación de Trillium es una revisión imparcial de la decisión de Trillium en reducir, suspender, finalizar o negar sus servicios que no pertenecen a Medicaid. La apelación será emitida por un profesional de la salud con la experiencia médica adecuada en el tratamiento de su enfermedad o trastorno y que no haya estado involucrado en la decisión original. Trillium decidirá sobre su apelación en un plazo de siete días hábiles a partir de la recepción de la solicitud válida. Los servicios no estarán autorizados durante el tiempo de esta revisión.

¿Se puede acelerar mi solicitud de revisión de reconsideración?

Puede solicitar acelerar el proceso de reconsideración si el plazo de **siete 7 días** perjudicará su salud y seguridad. Usted puede solicitar una reconsideración acelerada solicitando una ya sea verbalmente o por escrito. Si realiza una solicitud oral, no tiene que ser seguida por una solicitud por escrito (a diferencia de la solicitud real de reconsideración). Aprobaremos o denegaremos su solicitud para acelerar su Solicitud de Revisión de Reconsideración.

Por correo o en persona:	Trillium Health Resources Attention: Appeals Coordinator 201 West First Street Greenville, NC 27858
---------------------------------	--

Si solicita una reconsideración acelerada y Trillium lo niega, le notificaremos por teléfono la decisión de NO acelerar la solicitud. Si acordamos que debe acelerarse, completaremos la revisión acelerada dentro de las **setenta y dos 72 horas** siguientes a la solicitud y le informaremos a usted y a su proveedor por teléfono nuestra decisión. Le enviaremos una decisión por escrito no más de **tres (3) días** después de eso.

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

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación, puede presentar una apelación ante la División de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Servicios de Abuso de Sustancias (DMH/DD/SAS por sus siglas en inglés) de NC para solicitar una audiencia de apelación de servicios que no son de Medicaid dentro de los once 11 días calendarios siguientes a la carta de decisión de la apelación. Para presentar una apelación ante DMH/DD/SAS, debe enviar por correo o por fax el formulario Non-Medicaid Appeal Request Form completado a:

Por correo:	DMH/DD/SAS Hearing Office c/o Customer Service and Community Rights Mail Service Center 3001 Raleigh, NC 27699-3001
Por fax:	919-733-4962

El formulario de apelación se incluye en la carta de decisión. Recuerde: La DMH/DD/SAS debe recibir el formulario Non-Medicaid Appeal Request Form antes del plazo de once (11) días a partir de la fecha que figura en la carta con la decisión de apelación de Trillium. Las apelaciones son atendidas por un funcionario de audiencias de la DMH/DD/SAS en una oficina de Trillium. Si tiene preguntas sobre el proceso de apelación de la DMH, llame a la DMH/DD/SAS al 1-919-715-3197.

Una vez que reciba una solicitud de apelación, la DMH/DD/SAS:

- Revisará la apelación para determinar si usted reúne las condiciones necesarias para realizar la apelación.
- Aceptará o rechazará la apelación. Si la acepta, se pondrá en contacto con usted para programar una audiencia de apelación (dentro de por lo menos **15 días** de antes).
- Solicitará a Trillium la documentación utilizada en la decisión y apelación inicial.

La audiencia de apelación de servicios que no pertenecen a Medicaid:

- Es llevada a cabo por un funcionario de audiencias de la DMH/DD/SAS.
- Se lleva a cabo personalmente.
- Se programa para un período de duración de dos horas.
- Debe contar con la asistencia del apelante (beneficiario quien presento la apelación) y/o sus representantes.
- Debe contar con la asistencia de uno o más representantes de Trillium.

En un plazo de **60 días** a partir de la solicitud de apelación por escrito, el funcionario de audiencias emitirá una decisión escrita que incluirá las conclusiones, decisiones y recomendaciones dirigidas a usted o su representante legal y al Chief Executive Officer de Trillium. En un plazo de diez **(10) días** a partir de la recepción de las conclusiones del funcionario de audiencias, Trillium emitirá una decisión final por escrito dirigida a usted o su representante legal.

Trillium garantiza que los beneficiarios no sean desanimados, forzados (obliguen) o que sean mal informados (se les da información incorrecta) con respecto al tipo, cantidad y duración de los servicios que pueden solicitar. Además, Trillium no desalienta, coacciona (obliga) o desinforma (dar información incorrecta) a los miembros sobre su derecho a apelar la negación, reducción o terminación (interrupción) de un servicio.

¿QUÉ ES UN AGRAVIO?

Agravio se define como cualquier expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una Determinación Adversa de Beneficios (ver definición a continuación) presentada por un afiliado y/o beneficiario o por una persona que ha sido autorizada por escrito para presentar un informe en nombre del afiliado.

Tanto sus familiares como sus amigos, defensores y/o abogados pueden ayudarlo a presentar un agravio. Usted o su proveedor de la red, autorizado por escrito para actuar en representación de usted, pueden presentar solicitudes de agravios.

Determinación adversa de beneficios significa:

- La negación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluyendo las determinaciones basadas en el tipo o nivel de servicio, requisitos para cubrir una necesidad médica apropiadamente, comienzo o la efectividad de un beneficio cubierto.
- La reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado.
- La negación, total o parcial, del pago de un servicio.
- La falta de prestar los servicios de manera oportuna, según lo definido por el Estado.
- La falla de una LME/MCO (como es Trillium) o del Plan de Salud de Internamiento Pre-pagado (PIHP por sus siglas en inglés) para actuar dentro de los plazos provistos en § 438.408 (b).
- La negación de la solicitud de un afiliado para ejercer su derecho, según § 438.52(b)(2) (ii), para obtener servicios fuera de la red.
- La negación de la solicitud de un afiliado para disputar un pasivo financiero, incluidos los costos compartidos, los copagos, las primas, los deducibles, el coaseguro y otros pasivos financieros de los miembros.
- Para un residente de un área rural con una sola MCO, la negación de la solicitud de un afiliado de Medicaid de ejercer su derecho, según las Regulaciones Federales, para obtener servicios fuera de la red.

Algunos ejemplos de razones de agravios:

- El personal no ha asistido a una cita.
- El personal no ha sido respetuoso con usted.
- La calidad del cuidado con el proveedor.
- Falta de acceso a los servicios donde usted vive o servicios que no están permitidos en el plan de beneficios.
- La actitud del personal o los proveedores de Trillium.
- Problemas de facturación o financieros.
- La calidad de la oficina de su médico.

¿CÓMO PRESENTO UN AGRAVIO?

Si no está satisfecho con sus servicios, tiene derecho a presentar un agravio ante Trillium. Los afiliados de Medicaid tienen el derecho constitucional al debido proceso. El debido proceso significa que usted tiene derecho a una notificación por escrito y la oportunidad de ser escuchado.

Usted puede llenar un agravio de las maneras siguientes, escrita, en persona, por teléfono o electrónicamente:

- Por teléfono, llamando a un representante de Trillium a la línea de Cuestiones Administrativas y de Negocios 1-866-998-2597
- Electrónicamente, completando una solicitud en línea en www.trilliumhealthresources.org/es/explore-trillium/contactenos/quejas-agravio-elogios-preguntas
- A través de NC DHHS por escrito, si lo necesita: Los afiliados pueden enviar sus agravios directamente al NC DHHS y ellos lo mandarán a Trillium para seguimiento y resolución, y Trillium actualizará a NC DHHS como sea necesario.

**DHHS ADA/RA Complaints
Office of Legal Affairs
2001 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-2001**

- Cualquier personal de Trillium puede llenar un agravio o apelación en nombre del afiliado. Esto apoya nuestra política "no wrong door" (ninguna puerta es errónea) ofreciendo a las personas varias maneras de llenar agravios.
- Por escrito enviándose por correo a:

**Trillium Health Resources
Attn: Grievance Department
201 W. First St.
Greenville, NC 27858**

Si usted quiere discutir un agravio, contacte a Trillium en la línea de Cuestiones Administrativas y de Negocios 1-866-998-2597. Usted también puede compartir su inquietud con su proveedor o administrador de cuidados directamente y preguntar por ayuda o consejo. **No es obligatorio hablar sobre su queja directamente con su proveedor antes de llamar a Trillium.** Si usted decide presentar un agravio y necesita ayuda, llame al personal de Trillium al **1-866-998-2597**.

Cuando llame a Trillium para hablar sobre su agravio, lo registraremos por escrito. **Si su agravio implica cuestiones de salud o seguridad, tomaremos medidas de inmediato.** Usted y/o su familiar tienen el derecho de ser representados y asistidos por defensores, asistentes personales o representantes legales en cualquier reunión que se organice para analizar el agravio.

Su proveedor también puede ayudarlo a presentar un agravio. Sin embargo, si el proveedor llama para presentar un agravio de parte de usted, **debe contar con su consentimiento por escrito.**

¿QUÉ ES EL PROCESO DE AGRAVIOS?

Cuando Trillium recibe su agravio, nosotros:

- Haremos un registro escrito del agravio.
- Enviaremos un acuse de recibo por escrito de su agravio dentro de un día hábil.
- Nos comunicaremos con usted y con otras personas involucradas en el agravio para ayudar a resolver sus inquietudes.
- Consultaremos al departamento que mejor pueda abordar sus inquietudes. Si su agravio involucra preocupaciones de salud y seguridad, tomaremos medidas de inmediato.
- Intentaremos mediar su agravio con su agencia proveedora; usted no está obligado a utilizar el proceso de quejas de su proveedor de servicios.

Discutiremos la resolución del agravio con usted y le enviaremos una carta de resolución formal. La notificación especificará si su reclamo se refiere a otra agencia, como la División de Regulaciones de Servicios de salud (Division of Health Service Regulation (DHSR)) del Estado (si está involucrada con una agencia con licencia). Usted no perderá sus beneficios de Medicaid o los servicios financiados por el Estado, por presentar un agravio.

Es política de Trillium que todos los agravios se deberían resolver dentro de los **treinta (30) días**, sin exceder a **noventa (90) días calendario** después del recibo de la misma.

Este plazo puede extenderse por 14 días calendario si:

1. Usted hace la solicitud.
2. Trillium le demuestra al DHB que necesita información adicional y que la demora es para beneficio de usted.

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

Puede apelar la resolución de quejas relacionadas con servicios financiados por Medicaid u otros asuntos llamando a nuestra línea de Cuestiones Administrativas y de Negocios 1-866-998-2597. Las apelaciones de agravios deben solicitarse dentro de los **sesenta (60) días calendario** a partir de la fecha de la Carta de Resolución de Agravio.

¿Qué sucede si no estoy satisfecho con la respuesta a mi agravio no relacionada con Medicaid?

Usted puede apelar la resolución del agravio sobre los servicios que no sean financiados por Medicaid u otras cuestiones llamando a la línea de Cuestiones Administrativas y de Negocios 1-866-998-2597. Trillium Health Resources debe recibir su solicitud de apelación de agravio dentro de los **sesenta (60) días calendario** a partir de la fecha en la Carta de Resolución de Agravio.

Si no está satisfecho con la respuesta que recibe de Trillium, puede ponerse en contacto con la organización de protección de los derechos de los discapacitados de Carolina del Norte (Disability Rights North Carolina) al 1-877-235-4210. También, puede llamar a la sección Advocacy and Customer Service bajo el Customer Service and Community Rights de N.C. DMH/DD/SAS al 1-919-715-3197.

Documentación que debería guardar

Es importante que guarde registros adecuados de la correspondencia escrita y las conversaciones por teléfono. Guarde todas las cartas que reciba de Trillium, sus proveedores o de la DHB. En una hoja, haga un registro de números de teléfono.

Siempre escriba:

- La fecha y el número de teléfono al que llamó.
- El nombre de la persona con la que habló.
- Una nota sobre el asunto de la llamada.
- El momento en que podrían responderle y quién lo hará, o el nombre y número de teléfono de otra persona con la que se puede contactar.

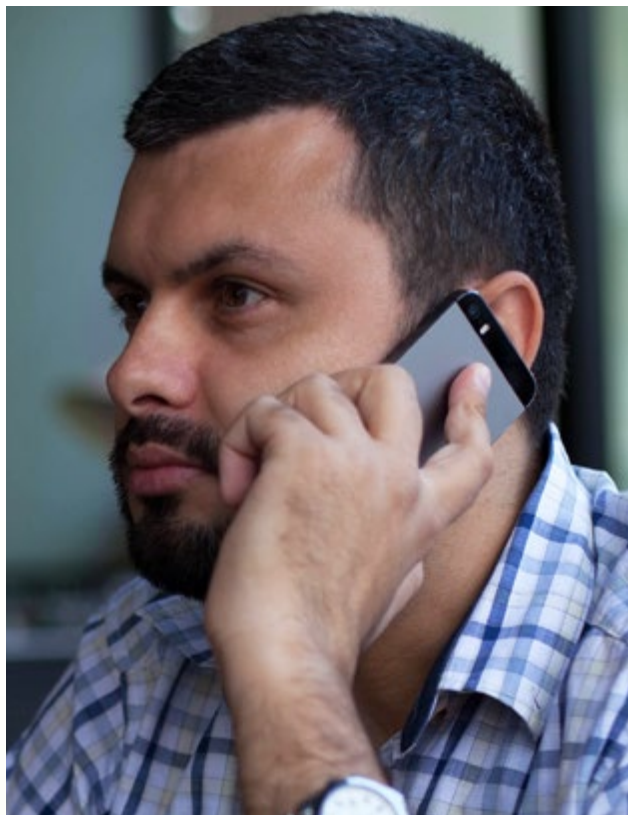
Guarde la hoja de registro de teléfono y las cartas en un lugar seguro. Trillium guarda todos los registros de las quejas durante un período mínimo de **diez (10) años** a partir de la resolución. Para que estos registros se destruyan no debe existir ningún indicio de que puedan ocurrir pleitos o auditorías en el futuro.

¿Cómo puedo obtener asistencia legal?

Para localizar a un abogado, por favor llame al N.C. Health Information Project Lawyer Referral Service al teléfono 1-800-662-7660 o al N.C. State Bar Lawyer Referral Service al teléfono 1-800-662-7407. Usted puede también llamar al número sin cargos de Disability Rights of North Carolina al 1-877-235-4210 o Legal Aid of North Carolina en el teléfono 1-866-219-5272.

¿CÓMO PUEDO PRESENTAR UNA QUEJA?

Las personas también tienen la opción de presentar quejas, lo cual es diferente de agravios, apelaciones. Una queja es cualquier expresión de insatisfacción sobre Trillium o un proveedor de la red, **iniciada por cualquier persona que no tenga consentimiento por escrito para presentar una queja** en nombre de un afiliado o beneficiario.



Ejemplos de quejas son:

- Tardanza del personal.
- El personal no es respetuoso con un afiliado.
- Calidad del cuidado o acceso a los servicios.
- Actitud del personal de Trillium y proveedores de servicios.
- Facturación y problemas financieros.
- Calidad de la instalación o la oficina de un profesional.

Los amigos, miembros de familia que no son tutores o compañeros de trabajo pueden optar por presentar una queja ante Trillium y pueden optar por presentarla en forma anónima (sin dar su nombre) si así lo desean.

Cualquier persona puede presentar una queja en persona, por escrito, electrónicamente o por teléfono, de las maneras siguientes:

- Llamando a un representante de Trillium a la línea de Cuestiones Administrativas y de Negocios 1-866-998-2597
- Completando una solicitud en línea en www.trilliumhealthresources.org/es/explore-trillium/contactenos/quejas-agravio-elogios-preguntas

A través de NC DHHS: Los afiliados pueden enviar sus agravios directamente al NC DHHS y ellos lo mandaran a Trillium para seguimiento y resolución, y Trillium actualizará a NC DHHS como sea necesario.

**DHHS ADA/RA Complaints
Office of Legal Affairs
2001 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-2001**

- Cualquier personal de Trillium puede llenar un agravio o apelación en nombre de un afiliado y/o beneficiario. Esto apoya nuestra política "no wrong door" (ninguna puerta es errónea) ofreciendo a las personas varias maneras de llenar agravios o queja.
- Enviando un su queja por escrito. Quejas por escrito deben enviarse por correo a la dirección:

**Trillium Health Resources
Attn: Grievance Department
201 W. First St.
Greenville, NC 27858**

Si desea discutir sobre una queja, comuníquese con Trillium a la línea de Cuestiones Administrativas y de Negocios 1-866-998-2597. Cuando alguien llama a Trillium para discutir una queja, Trillium tomará dato por escrito. Si la queja involucra preocupaciones de salud y seguridad, Trillium tomará medidas inmediatamente. Usted y/o su familiar tienen derecho a ser representados y contar con el apoyo de defensores, partidarios personales o una persona legalmente responsable en cualquier reunión que se celebre para analizar la queja.

¿Qué hace Trillium cuando recibe una queja?

La política de Trillium es que todas las quejas se resuelvan dentro de los **30 días calendario** después de ser recibidas. Este marco de tiempo se puede extender por **14 días calendario** si:

1. Usted hace la solicitud.
2. Trillium demuestra a la DHB que existe la necesidad de información adicional y que la demora la mejor opción para usted.

Una vez que Trillium reciba su queja, nosotros:

- Enviaremos un acuse de recibo por escrito a la persona que presentó la queja.
- Nos comunicaremos con usted y con otras personas involucradas en la queja para ayudar a resolver sus inquietudes.
- Intentaremos mediar la queja con su agencia proveedora.
- Trillium discutirá la resolución de la queja con usted, y le enviará una carta de resolución formal.

¿Qué pasa si no estoy satisfecho con la respuesta a mi queja?

Todas las quejas tienen derechos de apelación, tanto para Medicaid como para servicios financiados por el estado. Las personas deben presentar una apelación a la queja, dentro de los **21 días calendarios** después del recibo de la carta de resolución de queja. La carta de resolución incluirá información sobre cómo presentar esta apelación.

La decisión sobre la apelación se enviará por correo al demandante dentro de los **28 días calendario** después del recibo de la apelación. Esta segunda decisión es definitiva y no hay más derechos de apelación. Trillium guarda todos los registros de quejas por un mínimo de diez años después de la resolución. Para que estos registros se puedan destruir, no debe haber ningún litigio futuro o auditorías pendientes.

¿QUÉ SI ME CAMBIAN DE TRILLIUM AL PLAN ESTÁNDAR?

Trillium trabaja con NC DHHS para determinar cuándo los afiliados pueden dejar de necesitar los servicios más amplios disponibles bajo el Plan de Trillium. Cuando esto ocurre, los afiliados se transfieren al Plan Estándar. El Plan Estándar sirve a la mayoría de las personas que reciben servicios de Medicaid en Carolina del Norte con algunos de los servicios de salud conductual disponibles en el Plan de Trillium.

En el Plan Estándar todavía hay muchos servicios para la salud mental y uso de sustancia, incluyendo:

- Terapia individual y de grupo
- Programa de crisis basados en institución
- Servicios administrados de crisis móvil
- Tratamiento ambulatorio con opioides
- Centro de estabilización de crisis por desintoxicación de alcohol y drogas

Si usted siente que estaría mejor servido a través del plan de Trillium, por favor llame al Agente de Inscripción 1-833-870-5500, pregunte a su proveedor que complete los papeles correspondiente, o hable con su administrador de cuidados. Cualquier queja o agravio que este todavía pendiente, será resuelto por Trillium aunque el afiliado se cambie al Plan Estándar.

¿CÓMO PUEDO AYUDAR A PREVENIR EL FRAUDE Y EL ABUSO?

EN ESTA SECCIÓN:

- ¿Qué es Fraude y Abuso?
- ¿Cómo puedo ayudar a prevenir el fraude y el abuso?
- ¿Cómo denuncio el fraude y el abuso?

¿QUÉ ES FRAUDE Y ABUSO?

Trillium está comprometido a prevenir e identificar fraude y abuso en el programa de Medicaid. Usted puede ayudar reportando cualquier práctica de facturación y actividades que usted vea sospechosa y piense que puede ser fraude o abuso.

El fraude de Medicaid ocurre cuando un proveedor de atención médica presenta un reclamo falso o fraudulento o cuando una persona miente intencionalmente u oculta ingresos o activos para obtener beneficios del gobierno. El abuso ocurre cuando una persona o un proveedor de atención médica se involucra en actividades que resultan en un costo excesivo o irrazonable para el programa de Medicaid, incluyendo una organización de atención administrada de Medicaid, como Trillium. El gobierno federal estima que los fraudes y abusos cuestan a los contribuyentes estadounidenses más de \$ 15 mil millones cada año.

Ejemplos de fraude y abuso pueden incluir:

- Una persona no informa todos sus ingresos cuando se inscribe en Medicaid.
- Usted deja que otra persona use su tarjeta de Medicaid para obtener servicios.
- Una persona roba su tarjeta de Medicaid y la usa para sin su permiso.
- Un proveedor factura a Trillium por servicios o algún suministro que usted nunca recibió.



- Un proveedor lleva a cabo y factura servicios que no son médicamente necesarios, no codifica adecuadamente o no tiene la documentación requerida.
- Las credenciales de un proveedor son falsas.

¿CÓMO PUEDO AYUDAR A PREVENIR EL FRAUDE Y EL ABUSO?

¿Cuáles cosas específicas DEBO hacer para prevenir el fraude y el abuso?

- DEBE Proteger su número de Medicaid (y su tarjeta de Medicaid) y su número de Seguro Social (y su tarjeta de Seguro Social). Trate su tarjeta de Medicaid como si fuera una tarjeta de crédito.
- DEBE pedir una copia de todo lo que firme y mantenerla con todos los documentos juntos.
- DEBE hacer preguntas. Tiene derecho a saber todo lo concerniente a su atención y tratamiento, incluyendo los costos facturados a Trillium por su proveedor.
- DEBE usar un calendario para registrar todas sus citas de servicio y tratamientos. Si pasa tiempo en un hospital, haga una nota de la fecha de que va hacer admitida, la fecha de alta y el diagnóstico.
- DEBE permanecer alerta a los servicios que le fueron prometidos pero que nunca se brindaron o pruebas o procedimientos innecesarios.
- DEBE tener cuidado con los proveedores que le dicen que el artículo o el servicio generalmente no está cubierto, pero que ellos "saben cómo facturarlos" para que Trillium o Medicaid los paguen.
- DEBE recordar que nada es siempre "gratis". No acepte ofertas de dinero o regalos por atención médica gratuita.
- DEBE revisar sus píldoras antes de salir de la farmacia para asegurarse de que recibió el medicamento correcto, incluso si es de marca o genérico y la cantidad total. Si no obtiene su receta completa, informe el problema al farmacéutico.
- DEBE reportar denuncias sospechosas de fraude.

¿Cuáles cosas específicas NO DEBO hacer?

- NO DEBE compartir su tarjeta de Medicaid, su número de Medicaid, su tarjeta de Seguro Social o su Número de Seguro Social con nadie, excepto con su médico u otro proveedor autorizado.
- NO DEBE permitir que amigos, familiares o cualquier otra persona "tome prestada" su tarjeta de Medicaid.
- NO DEBE pedir a su médico u otro proveedor de cuidados médicos un tratamiento o cuidado que no necesite, ni permita que nadie más lo convenza de que vea a un médico para recibir cuidados o servicios que no necesita.
- NO DEBE aceptar regalos ni sobornos de su proveedor.
- NO DEBE compartir registros médicos u otra información confidencial con nadie, excepto Trillium u otra compañía de seguro, o un médico, agencia, clínica, hospital u otros proveedores de cuidados médicos.
- NO DEBE aceptar suministros médicos de un representante de ventas de puerta a puerta. Si alguien se acerca a su puerta diciendo que es de Medicare o Medicaid, recuerde que Medicare y Medicaid no envían representantes a su hogar para vender productos o servicios.
- NO DEBE firmar ningún formulario en blanco.
- NO DEBE dejarse influenciar por ciertos medios publicitarios sobre su salud. Muchos anuncios de Internet, televisión y radio no tienen su mejor interés en el corazón.

¿CÓMO DENUNCIO EL FRAUDE Y EL ABUSO?

Usted puede permanecer en el anonimato, pero mientras más detallada es la información es mejor para nuestra investigación (en casos raros que involucran procedimientos legales, Trillium puede tener que revelar quién es usted). Cuando se comunique con nosotros, proporcione el nombre y número de identificación de Medicaid del afiliado de Medicaid involucrado, el nombre del proveedor, la fecha(s) de servicio(s), la cantidad de reclamos facturados o pagados y una descripción de la actividad fraudulenta o sospechosa.

Usted puede reportar un caso de fraude y abuso de la siguiente manera:

- Llame a la línea directa gratuita de EthicsPoint de Trillium al 1-855-659-7660 (permite reportes anónimos).
- Envíe un formulario en línea a través del sitio internet de Trillium Health Resources en www.TrilliumHealthResources.org y haciendo clic en la sección "[Reportar Fraude & Abuso en EthicsPoint](#)" en la parte de debajo de la página.
- Llame a la Fraud, Waste and Program Abuse Tip Line (Línea para consejos sobre fraude, pérdida y abuso del programa) de Medicaid al 1-877-DMA-TIP1 (1-877-362-8471).
- Llame al servicio al cliente de la Division of Health Benefits (DHB) al 1-800-662-7030.
- Llame a la línea sobre fraude de Inspector General al 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477).
- Llame a la Línea sobre pérdida del State Auditor al 1-800-730-TIPS (1-800-730-8477).

Complete y envíe el formulario de reclamos confidencial (privado) en el sitio de internet de servicio al cliente de DHB medicaid.ncdhhs.gov/meetings-and-notices/report-fraud-waste-or-abuse

APOYO, RECUPERACIÓN Y RESILIENCIA

EN ESTA SECCIÓN:

- ¿Qué es el Comité Asesor de Consumidores y Familias (CFAC)?
- ¿Qué es el Comité de Derechos Humanos (CDH)?
- ¿Cómo puede ayudarme Trillium en mi recuperación?
- ¿Qué es la resiliencia?
- ¿Trillium ofrece educación o entrenamiento?
- ¿Trillium ofrece programas de apoyo a la vivienda?

¿CÓMO PUEDE AYUDARME TRILLIUM EN MI RECUPERACIÓN?

Trillium cree que todos tenemos el poder de recuperación y que las personas pueden salir adelante después de un trauma. Todos merecemos experimentar una vida satisfactoria y productiva y alcanzar nuestro máximo potencial. Queremos ayudarlo a identificar sus fortalezas y alcanzar sus metas. Podemos ayudarlo a trabajar con su familia y su sistema de apoyo para participar más plenamente en la comunidad de su elección.

Creemos que la recuperación:

- Surge de la esperanza.
- Es impulsado por la persona.
- Ocurre a través de muchos caminos.
- Es holístico.
- Es apoyado por compañeros y aliados.
- Se apoya a través de relaciones y redes sociales.
- Es de basado en la cultural e influenciada.
- Se apoya abordando el trauma.
- Involucra las fortalezas y responsabilidades individuales, familiares y comunitarias.
- Se basa en el respeto.

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

Trillium se esfuerza por ayudarlo en su camino hacia la recuperación al participar en la colaboración comunitaria y promover servicios que mejoren la salud y el bienestar de las personas a las que prestamos servicios así también como nuestras comunidades. Nuestra esperanza es que estos programas lo ayuden a alcanzar sus objetivos de recuperación y lo capaciten para vivir de una manera saludable, segura y significativa.

¿QUÉ ES RESILIENCIA?

La resiliencia es la capacidad para adaptarse a situaciones de estrés. La resiliencia es la capacidad para soportar las catástrofes. Esto significa el uso de habilidades para hacer frente a las adversidades. Trillium puede ayudarlo a obtener servicios y a

sobrellevar su situación. Llame a la línea de Servicios al Afiliado y Beneficiario de Trillium al 1-877-865-2415 para recibir ayuda.

¿QUÉ ES EL COMITÉ ASESOR DE CONSUMIDORES Y FAMILIAS (CFAC)?

El comité asesor de consumidores y familias (CFAC por sus siglas en inglés) consiste en personas que reciben servicios de salud mental, discapacidad intelectual y/o del desarrollo, trastorno de uso de sustancia (MH/IDD/SUD por sus siglas en inglés) y miembros de su familia de la persona. El CFAC es un comité asesor autónomo que sirve como asesor de a la administración de Trillium y a la Junta de Directores. Un miembro de CFAC también sirve en la Junta de Gobierno.

Los estatutos del estado encargan al CFAC con las siguientes responsabilidades

- Revisar, realizar comentarios y supervisar la implementación del plan de negocios local.
- Identificar deficiencias en los servicios y poblaciones postergadas.
- Hacer recomendaciones con respecto a la variedad de servicios y monitorear el desarrollo de servicios adicionales.
- Revisar y realizar comentarios sobre el presupuesto.
- Participar de medidas de mejora de la calidad y de los indicadores de desempeño.
- Dar a conocer los resultados y hacer recomendaciones al CFAC del Estado sobre maneras en que se puede mejorar la prestación de los servicios de salud mental, discapacidades intelectuales y del desarrollo y abuso de sustancias.

Llame al 1-866-998-2597 para obtener más información sobre la participación en CFAC. o visitar www.trilliumhealthresources.org/es/operaciones-regionales/regionales-cfacs.



¿QUÉ ES EL COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS?

El Comité de Derechos Humanos (Human Rights Committee (HRC)) supervisa el cumplimiento de Trillium con las normas federales y estatales con respecto a los derechos individuales, la confidencialidad y las quejas. El HRC está formado por personas, familiares y miembros de la junta que se reúnen al menos una vez por trimestre. Revisa y monitorea las tendencias en el uso de intervenciones restrictivas, abuso, negligencia y explotación, muertes y errores de medicación. El Comité de Derechos Humanos también hace informes a la Junta de Gobierno. Las personas, miembros de la familia y otras partes interesadas pueden presentar violaciones de derechos al HRC o mediante el proceso habitual de quejas.

Si está interesado en formar parte del Comité de Derechos Humanos, usted debe ser un afiliado adulto, familiar de un afiliado, un profesional de servicios humanos o un proveedor en la red de Trillium, y vivir en uno de los condados de nuestra área de cobertura. Usted puede completar el Human Rights Committee Application Form para ser considerado como miembro, o si tiene alguna pregunta puede llamarnos al 1-866-998-2597.



¿TRILLIUM OFRECE EDUCACIÓN O ENTRENAMIENTO?

Las personas que están bien informadas acerca de sus enfermedades pueden controlarlas y lograr los resultados deseados. Trillium ofrece oportunidades educativas a nuestros afiliados, familias y otros miembros de la comunidad como son informaciones útiles sobre diagnósticos, opciones de tratamiento y maximización de beneficios de tratamiento. Puede encontrar más información en nuestro sitio de internet www.trilliumhealthresources.org/es/eventos-comunicados-de-prensa o llamando a la línea de Servicios al Afiliado y Beneficiario al 1-877-685-2415.

Trillium proporciona enlaces a herramientas de autoadministración y supervisión en nuestro sitio internet. Los afiliados pueden obtener información variada pero no limitada a control de peso, alimentación saludable y manejo del estrés. Nuestras comunidades son solamente tan fuertes como su gente.

Trillium lanzó [My Learning Campus](http://MyLearningCampus) un sitio en el internet para ofrecer capacitación gratuita en línea y panfletos con consejos para nuestros afiliados. Usted puede crear una cuenta y registrarse sin costo alguno y puede cancelar la cuenta en cualquier momento. Los temas incluidos en este sitio son variados, como actualizaciones de las en ofertas de servicios, o en la exención de innovaciones, introducción a Trillium, reducción del estrés y más. Visite www.MyLearningCampus.org para más información.

¿TRILLIUM OFRECE PROGRAMAS DE APOYO A LA VIVIENDA?

Creemos que tener un lugar seguro y estable para vivir es una parte principal del bienestar y la recuperación. No hay derecho a fondos de vivienda a través de Trillium, aparte de Transitions to Community Living Initiative (TCLI). Trabajamos con socios comunitarios para proporcionar conocimientos, recursos y capacitación sobre vivienda y opciones residenciales. Para más información llame a la línea de Servicios al Afiliado y Beneficiario al 1-877-685-2415.

RESUMEN DE LAS DISPOSICIONES DE ESTE ACUERDO QUE SE DEBE PROPORCIONAR A LOS AFILIADOS Y PROVEEDORES (EXENCIÓN INNOVATIONS)

Las siguientes declaraciones, que están dirigidas a los afiliados y proveedores, sustituyen cualquier información contenida en este manual que pueda ser incompatible con estas declaraciones.

- Durante el proceso de planificación, su Administrador de Cuidados le explicará los diferentes servicios y trabajará con usted para desarrollar su Plan de Ayuda Personal (ISP por sus siglas en inglés) basado en los servicios que desea solicitar y los objetivos que usted elija. Su Administrador de Cuidados también le explicará los requisitos de la exención Innovations en torno a dichos servicios.
- Su Administrador de Cuidados se asegurará de que ISP incluya los servicios que desee solicitar, por el tiempo que desee solicitarlos. Su ISP se debe utilizar como planificación para todo el año e incluye los servicios que se prevé que usted necesite en algún momento de ese año.
- Debe tener un ISP firmado para poder recibir servicios a través de la exención Innovations. Eso significa que tiene que firmar un ISP que contenga los servicios que desee solicitar, que puede ser diferente a los servicios que se aprobará. Su Administrador de Cuidados elaborará un ISP basado en sus deseos, revisará el plan con usted antes de que lo firme, responderá a cualquier pregunta que usted tenga y hará cualquier cambio que usted solicite en el ISP antes de pedirle que lo firme.
- Si desea cambiar o añadir servicios en el plan durante el año, puede pedir a su Administrador de Cuidados que lo ayude a solicitar el cambio escribiendo una Actualización/Revisión de su ISP de atención en cualquier momento.
- La Asignación de Recursos/Presupuestos individuales y la Support Intensities Scale® (SIS®) son herramientas que se pueden utilizar en el proceso de planificación. Es posible que se le haya asignado un presupuesto individual, que no se trata de un límite en cuanto a la cantidad de servicios que puede solicitar o que le han aprobado. Si se le ha denegado alguno de los servicios que ha solicitado, recibirá una notificación por escrito con la información sobre cómo hacer para apelar dicha decisión.
- Durante el proceso de planificación, su Administrador de Cuidados revisará su Presupuesto Individual con usted. Como se mencionó anteriormente, su Administrador de Cuidados se asegurará de que su ISP incluya los servicios que desee solicitar y por el tiempo que desee solicitarlos.
- El departamento de Utilization Management (UM) de Trillium Health Resources determinará si los servicios que ha solicitado son médicamente necesarios, no su Administrador de Cuidados. Se tomará una decisión sobre su solicitud de servicios en su ISP en un plazo de rutina días, a menos que se requiera información adicional.
- Si algún servicio solicitado en su ISP no se aprueba por completo (por ejemplo, si un servicio es negado o se aprueba por una menor cantidad de horas o por un período de tiempo que es menor al que ha solicitado), recibirá una explicación escrita de esa decisión y la información acerca de cómo puede apelar.
- Si hace una apelación, Trillium no tomará represalias contra usted de ningún modo. Su Administrador de Cuidados podrá ayudarlo a completar los formularios necesarios para presentar una apelación.
- Si algunos servicios fueron aprobados y otros denegados, usted puede recibir los servicios que han sido aprobados y apelar respecto a los servicios que le fueron denegados. Si lo desea, también puede realizar una nueva solicitud de servicios diferentes mientras su apelación se encuentra pendiente.

DEFINICIONES DE PALABRAS Y TÉRMINOS QUE DEBE CONOCER

Directiva Anticipada: Es una comunicación dada por un adulto competente dejando instrucciones o designando a otra persona para que tome decisiones sobre los cuidados, la custodia o el tratamiento médico de una persona en caso de que la persona no pueda participar en las decisiones de tratamiento médico.

Determinación de la capacidad de pago: Es la cantidad que una persona está obligada a pagar por los servicios. La capacidad de pago se calcula en función de los ingresos de la persona y el número de dependientes. Las Guías de Pobreza del Gobierno Federal (Federal Government Poverty Guidelines) se utilizan para determinar el monto de pago de la persona. Vea más en www.medicaid.gov/medicaid/eligibility/index.html.

Abuso y desperdicio: Son incidentes o prácticas inconsistentes con buenas prácticas fiscales, comerciales o médicas que podrían resultar en un costo innecesario para Trillium, el gobierno estatal o federal u otra organización. También podría resultar en un reembolso por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares de los cuidados médicos reconocidos profesionalmente. También incluye prácticas recibidas que resultan en costos innecesarios para el programa de Medicaid. (42 CFR 455.2)

Apelación: Es una solicitud de revisión de una acción.

Evaluación: Es un procedimiento para determinar la naturaleza y el alcance de la necesidad para la cual la persona está buscando servicios.

Servicio autorizado: Son servicios médicamente necesarios aprobados previamente por Trillium.

Mejores prácticas: Son prácticas recomendadas, incluyendo las prácticas basadas en evidencia que consisten en esas prácticas clínicas y administrativas, que ha demostrado que producen de manera consistente resultados específicos y esperados, así como prácticas que surgen las cuales existe evidencia preliminar de la efectividad del tratamiento.

Plan de beneficios básicos: el paquete de beneficios básicos incluye aquellos servicios que estarán disponibles para las personas con derecho a Medicaid

y, en la medida en que haya recursos disponibles, para personas que no sean de Medicaid según los planes de negocios locales. Estos servicios están destinados a proporcionar intervenciones breves para personas con necesidades agudas. Se puede tener acceso al paquete de beneficios básicos a través de una simple referencia de la MCO a través de su sistema de selección, clasificación y referencia. Una vez se refiera la persona, no hay requisitos de autorización previa para estos servicios.

Departamento de Administración de Cuidados: La administración de cuidados es una supervisión de los cuidados y servicios de la persona que incluye las actividades de dar seguimiento, así como asistir a las personas para que tengan acceso al cuidado de servicios que no pertenecen al plan, incluyendo, referencias para proveedores y otras agencias comunitarias.

Comité Asesor de Consumidores y Familias (CFAC): Un grupo formalizado de personas y familiares nombrados de acuerdo con los requisitos de NCGS 122-C-170. El propósito de CFAC es asegurar una participación significativa de personas y las familias en la desenvolvimiento del desarrollo y la entrega de servicios de salud mental pública, DID y abuso de sustancias en la región de los 28 condados de cobertura de Trillium.

Servicios cubiertos: Los servicios que Trillium se compromete a proporcionar o coordinar para brindar a los afiliados.

Competencia cultural: Es la comprensión de las características sociales, lingüísticas, étnicas y de comportamiento de una comunidad o población y la capacidad de traducir sistemáticamente ese conocimiento en prácticas para brindar servicios de salud del comportamiento. Dicha comprensión puede reflejarse, por ejemplo, en la capacidad de identificar y valorar las diferencias; reconocer las dinámicas interactivas de las diferentes culturas; expandir continuamente el conocimiento y los recursos culturales de las poblaciones atendidas; colaborar con la comunidad en cuanto a provisiones de servicios y entrega; comprometerse con la capacitación intercultural del personal y desarrollar políticas para brindar programas relevantes y efectivos para la diversidad de personas atendidas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMMS o CMS por sus siglas en inglés): Es la unidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos que administran los programas de Medicare y Medicaid.

Queja: Es cualquier expresión verbal o escrita de insatisfacción sobre Trillium o un proveedor de la red, iniciada por cualquier persona tenga o no el consentimiento por escrito para presentarla en nombre de un afiliado.

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

Negación de servicio: Es una determinación hecha por Trillium como respuesta negativa a una solicitud de aprobación de servicios dentro del plan por un tiempo y alcance específico que un proveedor de la red envía a Trillium; la negación puede aprobar la prestación de los servicios solicitados, pero para un menor alcance o duración que lo solicitado por el proveedor; (una aprobación de un servicio solicitado que incluye un requisito para una revisión concurrente por parte de Trillium durante el período de autorización no constituye una denegación); o desaprueba la provisión de los servicios solicitados, pero aprueba la provisión de uno o más servicios alternativos.

División de Beneficios de Salud (DHB por sus siglas en inglés): Es La agencia estatal responsable de los servicios financiados por Medicaid y la administración de la exención N.C. Innovations y N.C. MH/DD/SAS Health Plan. El sitio de internet de DHB de Carolina del Norte es medicaid.ncdhhs.gov.

Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS por sus siglas en inglés): Es la agencia estatal que incluye tanto a la División de Beneficios de Salud (DHB) como a la División de Salud Mental/ Discapacidades del Desarrollo/Servicios de Abuso de Sustancias (DMH/DD/SAS). El sitio de internet para el DHHS de Carolina del Norte es www.ncdhhs.gov.

División de Servicios de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Abuso de Sustancias (DMH/DD/SAS por sus siglas en inglés): La agencia estatal que trabaja con DHB en la administración de la exención N.C. Innovations y N.C. MH/DD/SAS Health Plan. Su sitio en internet de Carolina del Norte es www.ncdhhs.gov/mhddsas/.

Plan de beneficios mejorados: Es un plan que incluye servicios puestos a disposición de personas con derecho y sin derecho a Medicaid que cumplen con los criterios prioridad de la población. Se tiene acceso a los servicios de beneficios mejorados a través del proceso de planificación centrado en la persona. Los servicios de beneficios mejorados tienen la intención de proporcionar una variedad de servicios y apoyos que sean más apropiados para las personas que buscan recuperarse de formas más graves de enfermedad mental y uso de sustancias y con servicios más complejos y necesidades de ayuda según se identifican en el proceso de planificación centrado en la persona.

Equipo Médico Durable: Su doctor puede ordenar ciertos equipos (como caminadoras o sillas de ruedas) para que usted los use en su casa si usted lo requiere por alguna enfermedad, lesión, o discapacidad.

Detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT por sus siglas en inglés): Es el beneficio federal de Medicaid que dice que Medicaid debe proporcionar todos los servicios de cuidados médicos necesarios para niños elegibles para Medicaid menores de 21 años de edad. Incluso si el servicio no está cubierto por el Plan estatal de Medicaid del Norte, puede estar cubierto para destinatarios menores de 21 años si el servicio figura en 1905 (a) de la Ley del Seguro Social y si se cumplen todos los criterios de EPSDT.

Fórmula enteral: Nutrición equilibrada especialmente diseñada para la alimentación por sonda de niños.

Formulario: una lista oficial que brinda detalles de los medicamentos que se pueden recetar.

Agravio: Es Una queja formal de cualquier expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una Determinación Adversa de Beneficios presentada por un afiliado o por una persona que ha sido autorizado por escrito para presentar esta queja en nombre del afiliado.

Seguro de Salud: Un tipo de cobertura de seguro que paga sus costos médicos y de salud. Su cobertura de Medicaid es un tipo de seguro.

Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés): Ley que suministra los estándares para proteger la información de salud de afiliados

Individuo/miembro/afiliado/consumidor: Nombres diferentes utilizados para describir a una persona que recibe servicios coordinados por Trillium para el tratamiento de una enfermedad de salud mental, Discapacidad Intelectual y/o del Desarrollo o condición de uso de sustancias.

Cuidado Integrado: Es el cuidado médico está enfocado en coordinar el diagnóstico, tratamiento, atención y servicios para una persona.

Entorno menos restrictivo: Es un entorno de atención con menos restricción/suficiente intensivo para brindar ayuda eficaz y segura a una persona. La ayuda a una persona en el entorno que es menos restrictivo se considera la mejor práctica.

Tutor legal o persona legalmente responsable (LRP, por sus siglas en inglés): Es una persona que ha sido designada por un tribunal de justicia para actuar como responsable de la toma de decisiones de una persona que se considera incapaz de tomar decisiones por sí misma. Los padres de niños menores de 18 años son la persona legalmente responsable de sus hijos a menos que la corte les haya quitado esos derechos. Una vez que una persona cumple 18 años, legalmente se convierte en su propio tutor, a menos que el tribunal considere lo contrario y designe un tutor representante del tutor (en la mayoría de los casos, un afiliado de la familia o un amigo, a menos que no haya nadie disponible, en cuyo caso se nombra un empleado público).

Servicios y Apoyos a largo plazo: Es un conjunto de servicios para ayudar las personas con algunas condiciones de salud o discapacidades, con las actividades diarias (como son comer, bañarse o vestirse.)

Registro médico: Es un registro completo y único, mantenido por el proveedor de servicios médicos, que documenta todos los planes de tratamiento desarrollados y los servicios de salud del comportamiento recibidos por el afiliado.

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

Mediación: Es el proceso de reunir a personas o agencias en conflicto con una tercera persona neutral que les ayuda a alcanzar una solución de mutuo acuerdo.

Medicaid Direct: Se conocía anteriormente conocido como pago por servicio (Fee-for-Service) en Medicaid, esta categoría de Cuidados incluye a aquellos que no forman parte de los cuidados administrados por Medicaid.

Medicare: Es un seguro de salud para personas mayores de 65 años, menores de 65 años con ciertas discapacidades y cualquier edad con enfermedad renal en etapa terminal (también conocida como ESRD/insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Afiliado: Persona quien recibe servicios a través del Medicaid.

Afiliado: La persona que recibe servicios a través del Medicaid

Entorno más integrado: Es el entorno de cuidados menos restrictivo pero suficiente para tratar o apoyar de manera efectiva a un participante. Un entorno integrado es aquel en el que una persona con una discapacidad participa en las mismas actividades y entornos que sus compañeros sin discapacidades.

N.C. Health Choice: N.C. Health Choice ofrece cobertura de seguro de salud para niños de 6 a 18 años de edad cuando sus familias no califican para Medicaid. Medicaid y el seguro N.C. Health Choice son diferentes; los beneficios varían incluyendo EPSDT.

N. C. Innovations: Es la exención 1915(c) que está basada en el hogar y la comunidad para personas con discapacidades intelectuales y/o del desarrollo (DID). Esta es una exención de cuidados a nivel institucional.

N.C. MH/DD/SAS Health Plan: Es la exención 1915(b) de cuidados administrados del Medicaid para salud mental y abuso de sustancias, que permite una exención de libertad de elección de proveedores para que Trillium pueda determinar el tamaño y alcance de la red de proveedores. Esto también permite el uso de fondos de Medicaid para servicios alternativos.

Apoyos naturales: Son personas que brindan apoyo, cuidado y asistencia a una persona sin que se le pague por ese apoyo. Los apoyos naturales pueden incluir padres, hermanos, miembros de la familia extendida, vecinos, miembros de la iglesia y/o compañeros de trabajo, etc.

Conexiones Comunitarias: Es la unidad dentro de Trillium que trabaja con los afiliados y sus familiares para conectarlos con recursos disponibles que abordan las necesidades de recursos de salud no satisfechas.

Proveedor de la red: Es un proveedor debidamente acreditado de servicios de salud mental, DID y uso de sustancias que ha firmado un contrato para participar en la red Trillium.

Servicios fuera del plan: Es un servicio de cuidados médicos que el plan no está obligado a proporcionar según los términos de este contrato. Los servicios son cubiertos por Medicaid en base a reembolso por tarifa por servicio.

Proveedor fuera de la red: una práctica o agencia que ha sido aprobada como proveedor fuera de la red y ha firmado un acuerdo de un solo caso con Trillium. El proveedor fuera de la red no se ofrece como una opción de referencia a los afiliados de Trillium.

Cuidados paliativos: son cuidados especializados para un paciente y su familia que comienza con el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad grave o terminal.

Postnatal: son cuidados médicos para madres que acaba de dar a luz.

Plan centrado en la persona (PCP por sus siglas en inglés): el documento que incluye información importante sobre el participante, sus metas en la vida y los pasos que él y ella y el equipo de planificación deben seguir para llegar allí. También identifica las necesidades de servicio o apoyo e incluye una combinación de apoyos pagados, apoyos naturales de familiares y amigos y apoyos comunitarios.

Prenatal: son cuidados médicos durante el embarazo para mujeres embarazadas, antes del nacimiento de un hijo.

Plan de salud para pacientes hospitalizados pre-pagados (PIHP por sus siglas en inglés): Trillium, al igual que todas las organizaciones de administrada de cuidados (MCO) de Carolina del Norte, funciona como un plan de salud para pacientes hospitalizados (PIHP) pre-pagados a través del cual todos los servicios de salud mental, DID y sustancias se administran y autorizan para los participantes de Medicaid en los 28 condados de cobertura de Trillium.

Cuidados primarios: Los cuidados médicos de día a día brindados por un proveedor de cuidados médicos, que incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el mantenimiento de la salud, el asesoramiento, la educación del paciente, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas en una variedad de entornos de cuidados médico.

Proveedor de cuidados primarios (PCP por sus siglas en inglés): el proveedor que se ocupa y coordina todas sus necesidades de salud física. Su PCP suele ser la primera persona con la que debe comunicarse si necesita cuidados médicos. Su PCP es su médico, clínica u otro proveedor de cuidado médico.

Red de proveedores: Son las agencias o profesionales contratados por Trillium para brindar servicios autorizados a personas elegibles.

Servicios de rehabilitación y terapia: servicios de cuidados médicos que lo ayudan a recuperarse de una enfermedad, accidente, lesión o cirugía. Estos servicios pueden incluir fisioterapia o terapia del habla.

Evaluación de necesidades de apoyo de riesgo: Es una evaluación de los factores que, si no se resuelven, pueden representar un riesgo para la salud y el bienestar de una persona. Estos incluyen: riesgo para la salud (afecciones médicas que requieren atención y tratamiento continuos); riesgo de comportamiento (comportamientos o condiciones que podrían causar daño a la persona u otras personas); y el riesgo de seguridad personal, (por ejemplo, la capacidad de realizar una evacuación segura de manera independiente).

Beneficiario: Persona que recibe servicios financiados por el Estado.

Revisión de reconsideración: Es una revisión de hallazgo previo encontrado o decisión de Trillium basada en la solicitud de reconsideración del proveedor y cualquier material adicional presentado por el proveedor.

Cuidado especializado: Una unidad dentro de Trillium que trabaja con los afiliados y sus familias para obtener la tecnología de asistencia que es médicamente necesaria, modificaciones en el hogar y el vehículo utilizando el financiamiento de exención Innovations.

Reducción de gastos: Es término de Medicaid utilizado para indicar el monto en dólares de los cargos en los que debe incurrir un afiliado de Medicaid antes de que comience la cobertura de Medicaid durante un período de tiempo específico.

Estándar Plan: Es el nombre dado al plan de NC Medicaid Managed Care que proporcionará servicios integrados de salud física, salud conductual y productos farmacéuticos a la mayoría de los afiliados que reciben servicios de Medicaid.

Plan estatal: Es el término que se usa para referirse al Plan estatal de Medicaid para el Medicaid del estado de Carolina del Norte que está aprobado por el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI por sus siglas en inglés): Es un programa de Seguro Social que paga beneficios a adultos y niños con discapacidades que tienen ingresos y recursos limitados.

Servicios de apoyo: Son servicios que permiten a una persona vivir en su comunidad. Estos incluyen servicios que pueden proporcionar asistencia directa a la persona y/o servicios que brindan asistencia a los cuidadores y/o personal de apoyo de la persona.

Plan personalizado: El nombre dado al plan de cuidados administrados de NC Medicaid que servirá a las personas con necesidades significativas de salud conductual, discapacidades intelectuales y/o del desarrollo (DID) y lesiones cerebrales traumáticas (LCT).

Telemedicina: La práctica de cuidar a los pacientes de forma remota cuando el proveedor y el paciente no están físicamente en la misma habitación. Por lo general, se logra utilizando herramientas de videoconferencia que estén en conformidad con las leyes de HIPAA.

Departamento de Administración de Utilización (UM por sus siglas en inglés): El departamento de UM es responsable de aprobar los Planes de Apoyo Individual y de autorizar los servicios médicamente necesarios.

Atención integral para la persona: Es la coordinación de la salud física, la salud del comportamiento y los servicios sociales centrados en el paciente

ACRÓNIMOS*Significados en Inglés*

ACTT	Assertive Community Treatment Team
ASAM	American Society of Addiction Medicine
CALOCUS®	Child and Adolescence Level of Care Utilization System
CBT	Cognitive Behavioral Therapy
CFAC	Consumer and Family Advisory Committee
CST	Community Support Team
DHB	Division of Health Benefits
DHHS	Department of Health and Human Services
DMH/DD/SAS	Division Mental Health/Developmental Disabilities/Substance Abuse Services
DOC	Department of Corrections
DSS	Department of Social Services
EPSDT	Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment
HRC	Human Rights Committee
ICF/IID	Intermediate Care Facilities for individuals with intellectual disabilities
I/DD	Intellectual and/or developmental disabilities
ISP	Individual Support Plan
LOCUS®	Level of Care Utilization System
LME/MCO	Local Management Entity/Managed Care Organization
MH	Mental health
MST	Multi-Systemic Therapy
NC-TOPPS	North Carolina Treatment Outcomes and Program Performance System
PAD	Psychiatric Advanced Directive
PCP	Person-Centered Plan
PHI	Protected health information
PSR	Psychosocial Rehabilitation
SOC	System of Care
SIS	Supports Intensity Scale
SSI	Supplemental Security Income
SU/SUD/SA	Substance use/substance use disorders/substance abuse
TBI	Traumatic brain injury
TCLI	Transitions to Community Living Initiative
UM	Utilization management
UR	Utilization review

Transformando vidas.
Construyendo bienestar comunitario.



Para información sobre servicios de tratamientos y ayudas cerca de usted, llame a la Línea de Servicios para Afiliados y Beneficiarios:

1-877-68 5-2415

TTY: Con RC NBR llamado PLS GA at **711**

En caso de emergencias de riesgo de vidas,

LLAME AL 911

Línea Administrativa y de Negocios:

1-866-998-2597

www.TrilliumHealthResources.org