

Pedido para cambiarse a NC Medicaid Direct (pago por servicio) o LME-MCO: Formulario para proveedores

¿Para qué es este formulario?

Este formulario es para que usted pida que una persona con Medicaid se quede o cambie a NC Medicaid Direct (conocido anteriormente como Medicaid con pago por servicio o Medicaid tradicional) o una Local Management Entity-Managed Care Organization (Entidad de administración local - Organización de cuidados administrados [LME-MCO]). Aunque los servicios de salud física sean los mismos para todas las personas con Medicaid, algunos servicios para **personas con alguna discapacidad intelectual o del desarrollo (I/DD), enfermedad mental, lesión cerebral traumática o enfermedad por consumo de sustancias** solo están disponibles en NC Medicaid Direct y/o a través de una LME-MCO. Es posible que una persona se beneficie al cambiarse a NC Medicaid Direct y/o su LME-MCO. Estos servicios no están en los planes de salud estándar nuevos. Este formulario puede llenarlo un médico, terapeuta u otro proveedor de I/DD, salud mental o tratamiento de enfermedades por consumo de sustancias de la persona inscrita en NC Medicaid.

Envíe este formulario a NC Medicaid por correo, fax o correo electrónico:

Correo

NC Medicaid
PO Box 613
Morrisville, NC 27560

Fax

1-833-898-9655

Internet

ncmedicaidplans.gov/es

¿Qué sucederá después?

NC Medicaid revisará la información en el formulario y, si necesitan más información, se comunicarán con el médico, terapeuta u otro proveedor de salud del comportamiento que completó este formulario.

Si se aprueba el pedido, le enviaremos una carta a la persona con Medicaid para avisarle que seguirá recibiendo o comenzará a recibir sus servicios de Medicaid a través de NC Medicaid Direct y/o de una LME-MCO.

Si no se aprueba el pedido, le enviaremos una carta a la persona con Medicaid para avisarle que seguirá inscrita en uno de los nuevos planes de salud. La carta también le dirá a la persona cómo puede apelar si no está de acuerdo con nuestra decisión.

¿Alguna pregunta? Podemos ayudar. Vaya a ncmedicaidplans.gov/es. Use la herramienta de "chat" en el sitio web. O llámenos al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com) de lunes a sábado de 7 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.



Pedido para cambiarse a NC Medicaid Direct (pago por servicio) o LME-MCO: Formulario para proveedores

Indique aquí si este pedido es para una persona que busca SACOT o SAIOP. Si no hay un pedido de este tipo, siga llenando el formulario y consulte la sección 3: "Motivo para enviar el pedido".

- Pedido del tratamiento integral por abuso en el consumo de sustancias como paciente externo (SACOT)**
- Pedido del programa intensivo por abuso en el consumo de sustancias como paciente externo (SAIOP)**

1. Información demográfica del beneficiario

Llene la información demográfica del beneficiario y la información de contacto del tutor o persona responsable legalmente.

Nombre del beneficiario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	
Número de NC Medicaid	
Tutor o persona responsable legalmente	
Teléfono del tutor o persona responsable legalmente	

2. Proveedor que envía este formulario

Llene la información del proveedor.

Nombre del proveedor (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	
Número de teléfono	
Agencia del proveedor (si corresponde)	
NPI o identificador del proveedor	
Correo electrónico del proveedor	

¿Alguna pregunta? Podemos ayudar. Vaya a ncmedicaidplans.gov/es. Use la herramienta de "chat" en el sitio web. O llámenos al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com) de lunes a sábado de 7 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

3. Motivo para enviar el pedido

Los beneficiarios pueden ser elegibles para regresar a NC Medicaid Direct y/o su LME-MCO si cumplen con uno de los siguientes criterios. Marque todos los motivos aplicables y proporcione la información pedida:

- Ha usado o actualmente necesita un servicio de Medicaid que solo está disponible a través de NC Medicaid Direct y/o una LME-MCO o un servicio financiado por el estado. **Se anexa a este formulario una lista completa de los servicios de Medicaid disponibles solo a través de NC Medicaid Direct y/o las LME-MCO y los servicios financiados por el estado.** Por favor anote los servicios que necesite.

- Tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo (I/DD), enfermedad mental grave, perturbación emocional grave, enfermedad por consumo de sustancias elegible o es un niño entre 0 y 3 años con riesgo de un retraso o una discapacidad del desarrollo. Por favor proporcione el código de diagnóstico o la descripción DSM 5 o ICD 10 y el deterioro funcional relacionado con el diagnóstico:

Código de diagnóstico ICD 10	
Descripción	
Deterioro funcional relacionado	

- Ha sobrevivido a una lesión cerebral traumática y recibe servicios para la lesión cerebral traumática o tiene una lesión cerebral traumática que es un hecho conocido. Por favor proporcione el código de diagnóstico o la descripción ICD10 y el deterioro funcional relacionado con el diagnóstico:

Código de diagnóstico ICD 10	
Descripción	
Deterioro funcional relacionado	

- Ha sido internado involuntariamente en una institución del estado en los últimos 18 meses.

¿Alguna pregunta? Podemos ayudar. Vaya a ncmedicaidplans.gov/es. Use la herramienta de "chat" en el sitio web. O llámenos al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com) de lunes a sábado de 7 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

Ha tenido dos o más de las siguientes en los últimos 18 meses:

- Hospitalizaciones psiquiátricas
- Visitas al departamento de emergencias debido al uso de servicios de crisis de salud del comportamiento por un diagnóstico de salud del comportamiento (control móvil de crisis, servicios de crisis con base en una institución para niños y adolescentes, servicios de tratamiento profesional en un programa de crisis con base en una institución)

Por favor anote abajo el nombre de la institución y la fecha de servicio:

Nombre de la institución o agencia	Fecha(s) del servicio

Solo para el personal de una institución de salud administrada por el estado (DSOHF): El proveedor que envía este formulario es una institución de salud administrada por el estado.

Otro motivo por el cual el beneficiario debe quedarse en NC Medicaid Direct y su LME-MCO (por favor describa).

Opcional: Por favor, marque si el beneficiario es un joven involucrado en el sistema judicial juvenil. (Nota: La participación en el sistema judicial juvenil es una señal de que el beneficiario requiere más ayuda para sus problemas de salud mental, enfermedades por consumo de sustancias, discapacidades del desarrollo [I/DD] o lesión cerebral traumática).

Marque si el miembro o servicio que se solicita está cubierto conforme el código 42 CFR parte 2: Enfermedades por Consumo de Sustancias

- Si la respuesta es sí, el beneficiario debe completar la sección 7 al final del formulario: Consentimiento sobre enfermedades por consumo de sustancias.

¿Alguna pregunta? Podemos ayudar. Vaya a ncmedicaidplans.gov/es. Use la herramienta de "chat" en el sitio web. O llámenos al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com) de lunes a sábado de 7 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

4. Firma del proveedor

Declaro que la información que he presentado en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Este pedido se envía para beneficio del beneficiario y no para beneficio del plan de salud en el que está inscrito el beneficiario o el proveedor de servicio. Entiendo que este formulario puede estar sujeto a una auditoría.

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Afiliación del plan o proveedor

5. Firma del coordinador o administrador de cuidados

Declaro que la información que he presentado en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Este pedido se envía para beneficio del beneficiario y no para beneficio del plan de salud en el que está inscrito el beneficiario. Entiendo que este formulario puede estar sujeto a una auditoría.

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Afiliación del plan o proveedor

¿Alguna pregunta? Podemos ayudar. Vaya a ncmedicaidplans.gov/es. Use la herramienta de "chat" en el sitio web. O llámenos al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com) de lunes a sábado de 7 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

6. Testimonio del beneficiario:

Haga que el beneficiario (o persona responsable legalmente) lea y firme el testimonio del beneficiario.

Al firmar abajo, reconozco que pido cambiarme a NC Medicaid Direct y/o a una LME-MCO en lugar de permanecer en un plan de salud estándar. Me han informado completamente sobre las diferencias entre NC Medicaid Direct/LME-MCO y un plan de salud estándar. Reconozco que este pedido será considerado por NC Medicaid y/o la LME-MCO o su agente y que se puede rechazar según mis circunstancias individuales.

Al firmar abajo, acepto que NC Medicaid y/o la LME-MCO y sus proveedores pueden comunicarse con el médico, terapeuta u otro proveedor de salud del comportamiento anotado arriba para obtener los expedientes médicos que pueden incluir información de lo siguiente: discapacidad intelectual o del desarrollo (IDD), enfermedad mental o lesión cerebral traumática. Doy mi consentimiento expreso para que NC Medicaid y/o LME-MCO reciban algunos o todos esos expedientes. También doy mi permiso a NC Medicaid y/o LME-MCO y a sus proveedores para que compartan este formulario de pedido con mi plan de salud estándar y la LME-MCO que deseo.

Entiendo que, si se aprueba este pedido, me cambiarán a NC Medicaid Direct y/o LME-MCO. Si me han asignado un plan de salud estándar, entiendo que ya no seguiré inscrito en ese plan.

**Firma de la persona inscrita en NC Medicaid
O persona responsable legalmente**

Fecha

Nombre en letra de molde

¿Alguna pregunta? Podemos ayudar. Vaya a ncmedicaidplans.gov/es. Use la herramienta de "chat" en el sitio web. O llámenos al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com) de lunes a sábado de 7 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

7. Testimonio de enfermedades por consumo de sustancias del beneficiario

Yo [nombre del miembro/paciente o persona responsable legalmente]

_____ por la presente autorizo a NC Medicaid a compartir este pedido con su agente de inscripción (MAXIMUS), con el plan de salud y con la LME-MCO marcados abajo. Autorizo a NC Medicaid y a su agente de inscripción a comunicarse con mis proveedores de tratamiento de SUD _____ y obtener mis expedientes de las enfermedades por uso de sustancias con el fin de coordinar el cuidado y/o administrar el caso. También autorizo a NC Medicaid, a su agente de inscripción, al plan de salud y la LME-MCO indicados abajo a comunicarse entre sí y a compartir información sobre autorizaciones, evaluaciones clínicas, tratamientos y planes de cuidado anteriores con el fin de coordinar el cuidado y/o administrar el caso. Entiendo que puedo revocar (quitar) este permiso en cualquier momento para cualquier divulgación futura, y que este permiso vencerá en un año o después de que NC Medicaid Choice y su agente de inscripción terminen las actividades de coordinación de cuidados y administración de casos, lo que ocurra primero, a menos que retire mi permiso antes.

Mi plan de salud actual es (marque uno)	Mi LME/MCO será (marque un plan)
<input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas <input type="checkbox"/> Carolina Complete Health <input type="checkbox"/> Healthy Blue <input type="checkbox"/> United Healthcare Community Plan <input type="checkbox"/> WellCare	<input type="checkbox"/> Alliance Health <input type="checkbox"/> Cardinal Innovations Healthcare <input type="checkbox"/> EastPointe <input type="checkbox"/> Partners Health Management <input type="checkbox"/> Sandhills Center <input type="checkbox"/> Trillium Health <input type="checkbox"/> Vaya Health

Firma de la persona inscrita en NC Medicaid
O persona responsable legalmente

Fecha

¿Alguna pregunta? Podemos ayudar. Vaya a ncmedicaidplans.gov/es. Use la herramienta de "chat" en el sitio web. O llámenos al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com) de lunes a sábado de 7 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

Pedido para quedarse en NC Medicaid Direct o LME-MCO: Apéndice

Los servicios de salud del comportamiento de Medicaid están excluidos del beneficio del plan de salud. Estos servicios están disponibles solamente en NC Medicaid Direct y a través de las LME/MCO

- Servicios en una institución de tratamiento residencial para niños y adolescentes
- Servicios de tratamiento de día para niños y adolescentes
- Servicios intensivos en el hogar
- Servicios de tratamiento multisistémico (MST)
- Instituciones psiquiátricas de tratamiento residencial (PRTF)
- Tratamiento asertivo comunitario (ACT)
- Equipo de respaldo comunitario (CST)
- Rehabilitación sicosocial (PSR)
- Tratamiento residencial comunitario no médico por abuso en el consumo de sustancias
- Tratamiento residencial por abuso en el consumo de sustancias controlado médicamente
- Programa intensivo por abuso en el consumo de sustancias como paciente externo (SAIOP)
- Tratamiento integral por abuso en el consumo de sustancias como paciente externo (SACOT)
- Institución de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID)
- Servicios de Innovations Waiver* (exención Innovations)
- Servicios de exención por lesión cerebral traumática*
- Servicios 1915(b)(3)
- Servicios para salud del comportamiento y discapacidad intelectual y del desarrollo financiados por el estado

**Por favor, tenga en cuenta que los servicios de exención solo están disponibles para las personas inscritas en la exención.*

Servicios 1915(b)(3)

- Cuidados de relevo
- Respaldo para el empleo o de un especialista en empleo
- Respaldo individual
- Costos únicos de transición
- Servicios de NC Innovations Waiver (financiados por (b)(3)) (servicios de desinstitutionalización)
- Navegador de la comunidad
- Desarrollo de habilidades en el hogar
- Habilidades para la vida en transición
- Respaldo intensivo para la recuperación

¿Alguna pregunta? Podemos ayudar. Vaya a ncmedicaidplans.gov/es. Use la herramienta de "chat" en el sitio web. O llámenos al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com) de lunes a sábado de 7 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

Servicios de I/DD y salud del comportamiento financiados por el estado

Ciertos servicios de I/DD y salud del comportamiento están disponibles para personas que no tienen seguro o que no tienen el seguro adecuado y reciben respaldo de fondos estatales y federales. Estos servicios están disponibles a través de una LME-MCO y varían de acuerdo a la LME-MCO.

Los ejemplos de estos servicios incluyen: centro de reinserción por consumo de sustancias, terapia del desarrollo y respaldos residenciales. Puede ver la lista completa de servicios financiados por el estado en:

<https://files.nc.gov/ncdhhs/State-Funded%20MHDDSAS%20Service%20Definitions%202003-2017%20effective%207-1-17.pdf>

Puede ver los servicios financiados por el estado disponibles a través de la LME-MCO del beneficiario en:

- Alliance - <https://www.alliancehealthplan.org/wp-content/uploads/Non-Medicaid-Benefit-Plan-2.pdf>
- Cardinal - <https://www.cardinalinnovations.org/getmedia/7558d853-1d24-4df8-b0a8-572f4ae0d31e/cardinal-innovations-state-funded-services.pdf>
- Eastpointe - <http://www.eastpointe.net/provider/authorization-um-and-benefits-packages-2/#1559750317947-1e958130-3c23>
- Partners - <https://providers.partnersbhm.org/benefit-grids/>
- Sandhills - <https://www.sandhillscenter.org/for-providers/resources/>
- Trillium - <https://www.trilliumhealthresources.org/for-providers/benefit-plans-service-definitions>
- Vaya - <https://providers.vayahealth.com/service-authorization/coverage-info>

¿Alguna pregunta? Podemos ayudar. Vaya a ncmedicaidplans.gov/es. Use la herramienta de "chat" en el sitio web. O llámenos al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com) de lunes a sábado de 7 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.