



Manual del Programa de Trabajadores Comunitarios de la Salud de Medicaid de Rhode Island

*Agosto de 2025
Versión 4.2*

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Historial de revisiones

Versión	Fecha	Secciones revisadas	Motivo de las revisiones
Entre 1.0 y 3.0	De julio de 2022 a febrero de 2025	Revisiones archivadas	
4.0	Mayo de 2025	Cambios sustanciales en las normas del Programa, la facturación y los requisitos de cumplimiento	Actualización
4.1	Junio de 2025	Correcciones técnicas a las fechas límite de cumplimiento y certificación; inclusión de regulaciones de emergencia que reclasifican a los CHW como proveedores de alto riesgo, lo que exige la toma de huellas digitales y visitas al centro para la inscripción y la revalidación; se aclaró la definición de participación de “beneficiario directo” para especificar cuándo es válida la autorización del LPHA; se añadieron definiciones de incentivos, materiales de marketing y conocimiento clínico directo para reforzar la segmentación inapropiada de miembros por parte de Medicaid; se aclaró que solo se requiere autorización previa cuando los servicios de los CHW superan los límites diarios o mensuales establecidos; se actualizaron los términos del Apéndice.	Actualización
4.2	Agosto de 2025	Eliminación del requisito de verificación electrónica de visitas (EVV); implementación de los requisitos obligatorios de verificación de antecedentes penales nacionales (NCBC) para los CHW que se inscriban o se reinscriban como proveedores de Medicaid; actualización de los LPHA autorizados para solicitar servicios de CHW; nuevo proceso de envío de autorizaciones previas (PA) que permite envíos electrónicos; correcciones técnicas menores.	Actualizaciones de políticas para simplificar los requisitos administrativos y mejorar el cumplimiento y la integridad de los proveedores.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Tabla de contenidos

1. Introducción	5
1.1. Propósito y cobertura	5
1.2. Antecedentes y función de los trabajadores comunitarios de la salud en el Programa Medicaid de Rhode Island.	5
1.3. Alcance de la Política y autoridad rectora	6
1.4. Descargo de responsabilidad sobre facturación y asesoramiento legal	7
1.5. Propósito y requisitos generales de la Política	8
1.6. Medidas de supervisión y cumplimiento de la EOHHS en casos de incumplimiento...	10
1.7. Guía para el lector y clave de símbolos	11
2. Requisitos de necesidad médica para los servicios de CHW en el Programa Medicaid de Rhode Island	12
2.1. Definición general de “necesidad médica” para un servicio cubierto por Medicaid en Medicaid de Rhode Island	12
2.2. Requisitos de necesidad médica para los servicios de trabajadores comunitarios de la salud (CHW)	13
2.3. Órdenes permanentes y derivaciones generales: prácticas prohibidas	14
2.4. Requisitos para la derivación de profesionales con licencia en artes curativas (LPHA)	15
2.5. Prohibición de autocontratación y conflicto de intereses para proveedores CHW individuales y organizacionales	18
2.6. Prohibición de marketing para fomentar la utilización de Medicaid	20
3. Servicios de trabajadores comunitarios de la salud cubiertos por Medicaid	23
3.1. Promoción y asesoramiento en salud	23
3.2. Educación y capacitación en salud	27
3.3. Orientación en el sistema de salud y coordinación de recursos	30
3.4. Planificación de la atención con un equipo multidisciplinario y servicios complementarios (hasta el 19 de mayo de 2025)	35
4. Actividades no facturables, servicios no cubiertos y lugar de servicio permitido	36
4.1. Actividades no facturables	37
4.2. Servicios de CHW no cubiertos	38
4.3. Disposición especial: Excepción para la interacción con pediatras y familiares	40
4.4. Lugar de servicio permitido para los servicios de CHW	40
5. Requisitos de certificación para CHW de Medicaid de Rhode Island	46

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

5.1.	Requisitos y plazos de certificación individual	46
5.2.	Proveedores de CHW organizacionales.....	47
6.	Requisitos de inscripción de proveedores	49
6.1.	Principales plazos de cumplimiento para la inscripción de proveedores para CHW ...	49
6.2.	Requisito de Identificador Nacional de Proveedor (NPI).....	50
6.3.	Inscripción en el Portal de salud de Medicaid RI	50
6.4.	Requisitos para la verificación de antecedentes penales nacionales (NCBC)	52
6.5.	Proceso de revisión de conducta intachable.....	53
6.6.	Inscripción del socio comercial en el intermediario fiscal (FI).	56
6.7.	Tarifas de solicitud para proveedores	57
7.	Requisitos de facturación y reembolso a proveedores	57
7.1.	Verificación de la elegibilidad del beneficiario	58
7.2.	Pautas para la presentación oportuna de reclamaciones	59
7.3.	Métodos de presentación de reclamaciones	62
7.4.	Documentación de las reclamaciones y campos obligatorios.....	64
7.5.	Transición de facturación de CHW, codificación y requisitos de autorización previa.	67
7.6.	Matriz de códigos de facturación de CHW.....	73
7.7.	Método de pago y política de tarifas.....	75
7.8.	Requisitos de documentación	78
7.9.	Requisitos de tamaño y configuración de grupos	81
8.	Facturación ética y prevención del fraude, desperdicio y abuso	84
8.1.	Prevención del fraude, desperdicio y abuso.....	84
9.	Calendario de cumplimiento: Fechas de entrada en vigor clave para el Programa de CHW ...	90
	APÉNDICE A: Información de contacto y herramientas útiles.....	94
	APÉNDICE B: Glosario de siglas y términos clave	95

1. Introducción

1.1. Propósito y cobertura

Este Manual del Programa de Trabajadores Comunitarios de la Salud (CHW) de Medicaid de Rhode Island (en adelante, el “Manual del Programa de CHW” o el “Manual”) describe las condiciones, asignaciones, limitaciones y prohibiciones relacionadas con el reembolso por los servicios de los CHW en virtud del Programa Medicaid de Rhode Island.

De conformidad con la Sección 42-7.2-2 de las Leyes Generales de Rhode Island (R.I. Gen. Laws), la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) es la Agencia Estatal Única de Medicaid designada y la principal autoridad responsable de establecer las políticas, los procedimientos y las normas del Programa Medicaid, incluso las que rigen el Programa de CHW de Medicaid de Rhode Island.

La Versión 4 del Manual del Programa de CHW incluye actualizaciones sustanciales y nuevas garantías de cumplimiento, introducidas en respuesta al aumento de incidentes de fraude, desperdicio y abuso (FWA) identificados en el Programa de CHW de Medicaid de Rhode Island a partir de octubre de 2024. Esos cambios, basados en las mejores prácticas nacionales, tienen como objetivo fortalecer la integridad del Programa, proteger la salud y la seguridad de los beneficiarios de Medicaid, y garantizar la administración adecuada de los fondos de Medicaid.

Este Manual del Programa de CHW reemplaza todas las versiones anteriores y cualquier orientación formal o informal relacionada con los servicios de los CHW en el marco del Programa Medicaid RI, y es el documento regulador para el reembolso de Medicaid relacionado con los CHW, vigente a partir de mayo de 2025.

1.2. Antecedentes y función de los trabajadores comunitarios de la salud en el Programa Medicaid de Rhode Island.

Los trabajadores comunitarios de la salud (CHW) son profesionales de salud pública de primera línea que gozan de gran confianza y tienen fuertes vínculos con las comunidades a las que sirven. Los CHW sirven de puentes entre las personas y los sistemas de salud complejos, en particular para las poblaciones que enfrentan barreras sociales, estructurales o sistémicas para la atención y tienen necesidades insatisfechas.

El modelo de CHW cuenta con el reconocimiento nacional de entidades como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) y otras Agencias Estatales de Medicaid por el papel que desempeña en la mejora de los resultados de salud, la promoción de la atención inclusiva y el aumento del acceso a la atención. Algunas asociaciones nacionales, como la

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Academia Nacional de Políticas Estatales de Salud (National Academy for State Health Policy, NASHP) y la Asociación de Funcionarios de Salud Estatales y Territoriales (Association of State and Territorial Health Officials, ASTHO), han respaldado la integración de los CHW como estrategia para fortalecer los sistemas de prestación de Medicaid.

En 2022, Rhode Island lanzó los Servicios de CHW como una iniciativa presupuestaria para los beneficios de Medicaid cubiertos, con el fin de apoyar un sistema de salud integral, accesible y centrado en las personas. Los Servicios de CHW son un componente esencial de la estrategia de la EOHHS con los siguientes objetivos:

- Apoyar la interacción con las comunidades marginadas en función de las necesidades culturales.
- Fortalecer la prevención de enfermedades crónicas y la educación para la salud.
- Mejorar la orientación en los servicios de salud cubiertos y los recursos comunitarios.
- Abordar los desafíos iniciales que pueden dar lugar a resultados de salud negativos prevenibles o evitables.

Los CHW prestan servicios de apoyo no clínicos. No son profesionales clínicos con licencia y no pueden realizar evaluaciones clínicas, diagnósticos, terapias ni planificación de tratamientos. Los servicios de los CHW incluyen lo siguiente:

- Orientación en el sistema de salud.
- Educación y asesoramiento en salud.
- Coordinación de servicios.
- Asistencia para acceder a los servicios cubiertos por Medicaid.

Si bien los CHW son miembros integrales de los equipos de atención, no sustituyen a los profesionales de la salud con o sin licencia, como administradores de casos, terapeutas o proveedores de salud conductual. Los CHW deben manejarse estrictamente dentro de su ámbito de práctica definido, según lo establecido por la EOHHS y el Consejo de Certificación de Rhode Island (Rhode Island Certification Board, RICB).

Según la Ley de Curas del Siglo XXI (21st Century Cures Act) (Sección 5005[b]) y la Sección 455.410 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), todos los proveedores que prestan servicios de Medicaid, incluidos los CHW, deben ser evaluados e inscritos en la Agencia Estatal de Medicaid (State Medicaid Agency, SMA).

1.3. Alcance de la Política y autoridad rectora

Este Manual del Programa de CHW rige la administración, la cobertura y el reembolso de los servicios de CHW prestados a los beneficiarios de Medicaid que reúnen las condiciones, según lo autorizado por la legislación estatal y federal.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Este Manual establece pautas para lo siguiente:

- Servicios de los CHW cubiertos por Medicaid.
- Requisitos de autorización y derivación.
- Requisitos uniformes en todos los sistemas de prestación, incluso el pago por servicio (FFS), las organizaciones de atención médica administrada (MCO), y los sistemas de prestación de servicios delegados o subcontratados que actúan bajo la autoridad del Plan Estatal de Medicaid aprobado por los CMS o de la exención de la Sección 1115.
- Las normas del Programa Medicaid relacionadas con el alcance del servicio, la documentación, las cualificaciones de los proveedores y el cumplimiento de la facturación.

Este Manual del Programa de CHW no rige los siguientes aspectos:

- El empleo, la supervisión o las funciones de los CHW fuera del contexto de Medicaid.
- Los servicios no facturados a Medicaid de Rhode Island.
- Los procedimientos de certificación supervisados por el RICB.
- Las subvenciones para el desarrollo profesional o de la fuerza laboral, o las iniciativas de capacitación financiadas por otras fuentes, como el Departamento de Salud de Rhode Island (Rhode Island Department of Health, RIDOH).

Todos los servicios de CHW deben cumplir con las siguientes normativas:

- La Sección 42-7.2-2 de las Leyes Generales de Rhode Island (R.I. Gen. Laws) (Designación de la agencia estatal de Medicaid).
- La Sección 440.230(d) del Título 42 del CFR (Necesidades médicas y suficiencia de los servicios).
- Las Secciones 1905(a) y 1905(r) de la Ley de Seguridad Social (Social Security Act) (Servicios cubiertos por Medicaid y requisitos de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos [EPSDT]).

A fin de ser elegibles para el reembolso de Medicaid, todos los servicios de CHW facturados a Medicaid de Rhode Island deben cumplir plenamente con los criterios, los procedimientos y las definiciones que figuran en el Plan Estatal de Medicaid, este Manual del Programa de CHW y todas las leyes y regulaciones federales y estatales aplicables de Medicaid.

1.4.Descargo de responsabilidad sobre facturación y asesoramiento legal

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Este Manual del Programa de CHW ofrece un resumen de los requisitos que los CHW y las entidades de facturación deben cumplir a fin de calificar para el reembolso de Medicaid. Se espera que los proveedores consulten documentos adicionales, entre ellos:

- Manuales para proveedores de Medicaid, incluso cualquier compendio de facturación o guías complementarias.
- Leyes y regulaciones federales y estatales pertinentes.
- Políticas de la EOHHS y apéndices del Programa aplicables.

***Descargo de responsabilidad:* Este Manual no sustituye el asesoramiento legal ni constituye una interpretación oficial de la ley. En caso de conflicto entre esta guía y la legislación estatal, la legislación federal o las directivas de los CMS, prevalecerán estas últimas. Este Manual está sujeto a cambios de acuerdo con actualizaciones legales, reglamentarias o de políticas.**

De acuerdo con las reglamentaciones de la EOHHS, el incumplimiento de los requisitos de facturación de Medicaid puede dar lugar a las siguientes acciones:

- Denegación o recuperación de reclamaciones.
- Sanciones civiles o administrativas.
- Derivación a organismos encargados del cumplimiento de la ley, entre ellos la Unidad de Control contra Fraude a Medicaid (Medicaid Fraud Control Unit, MFCU).

Al momento de la publicación de este Manual, los servicios de los CHW de Medicaid se reembolsan en virtud del sistema de prestación de pago por servicio (FFS) de Medicaid de Rhode Island. Sin embargo, la EOHHS se reserva el derecho, de conformidad con la autoridad federal y estatal de Medicaid, de transferir los servicios de los CHW al sistema de atención médica administrada mediante la enmienda de sus contratos con organizaciones de atención médica administrada (MCO), el Plan Estatal o la autoridad de demostración de la Sección 1115, según corresponda.

Este Manual incluye referencias tanto a los sistemas de FFS como a los de atención médica administrada para garantizar que los proveedores CHW comprendan los requisitos adicionales de inscripción y procesamiento de reclamaciones que pueden aplicarse en virtud de las organizaciones de MCO. En caso de que los servicios de CHW se transfieran al sistema de atención médica administrada en el futuro, la EOHHS notificará con antelación y brindará orientación a los proveedores afectados.

1.5. Propósito y requisitos generales de la Política

Este Manual del Programa de CHW establece las condiciones bajo las cuales los servicios de los trabajadores comunitarios de la salud (CHW) cubiertos por Medicaid son elegibles

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

para el reembolso de Medicaid en virtud del Programa Medicaid de Rhode Island (Medicaid RI).

El propósito principal de este Manual es definir los estándares de cobertura, cumplimiento y facturación requeridos para los servicios de CHW de Medicaid y garantizar la conformidad con los marcos regulatorios federales y estatales de Medicaid. Dichos estándares tienen como objetivo respaldar estos objetivos de Medicaid RI:

- Mejorar el acceso a la atención.
- Mejorar los resultados de salud de los beneficiarios.
- Abordar las necesidades de atención médica insatisfechas.
- Reducir los costos evitables de atención médica.

A fin de calificar para el reembolso de Medicaid, todos los servicios de CHW deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser médicamente necesarios, según se define en la Sección 2.0 de este Manual, y estar autorizados por un profesional con licencia en artes curativas (LPHA) con licencia en el Estado de Rhode Island e inscrito en Medicaid RI de conformidad con la Sección 455.410 del Título 42 de los CFR.
- Estar directamente vinculados a una afección de salud documentada y prestarse dentro del ámbito de práctica definido del CHW.
- Ser realizados por un CHW certificado por el Consejo de Certificación de Rhode Island (Rhode Island Certification Board, RICB) e inscrito en Medicaid RI a través del intermediario fiscal (FI) designado por el estado, y, si está incluido como un beneficio dentro del plan, acreditado por una organización de atención médica administrada (MCO) o una entidad delegada.
- Prestarse de forma individual o en grupos pequeños, de acuerdo con la necesidad médica, los requisitos de documentación y las normas del programa descritas en este documento.
- No duplicar los servicios prestados por otros profesionales de Medicaid con licencia, como administradores de casos, terapeutas o coordinadores de atención.
- Estar precisamente documentados de acuerdo con los estándares de integridad del Programa Medicaid y los requisitos de auditoría.
- Cumplir con todas las normas federales y estatales aplicables, entre otras:
 - La Sección 42-7.2-2 de las Leyes Generales de Rhode Island (R.I. Gen. Laws), que designa a la EOHHS como la Agencia Estatal Única de Medicaid.
 - La Sección 440.230(d) del Título 42 del CFR, que estipula que los servicios de Medicaid deben ser médicamente necesarios y suficientes en cantidad, duración y alcance.
 - Las Secciones 1905(a) y 1905(r) de la Ley de Seguridad Social (Social Security Act), que regulan el alcance de los beneficios de Medicaid y los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) para personas menores de 21 años.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Cumplir con los requisitos de telesalud asociados con la prestación de servicios de CHW, según se especifica en este Manual.

La EOHHS se reserva la facultad de realizar revisiones, auditorías y supervisión del cumplimiento antes y después del pago para garantizar que los servicios de CHW cumplan con todos los estándares aplicables de necesidad médica, documentación y prestación.

Los servicios que no cumplan con esos requisitos estarán sujetos a denegación, desestimación o recuperación de fondos.

1.6. Medidas de supervisión y cumplimiento de la EOHHS en casos de incumplimiento

La EOHHS se reserva el derecho de tomar medidas de cumplimiento conforme a su autoridad en virtud de la Sección 42-7.2 de las Leyes Generales de Rhode Island (R.I. Gen. Laws) y la Subparte E de la Sección 455 del Título 42 del CFR.

La EOHHS puede suspender, cancelar o denegar los privilegios de facturación de Medicaid a cualquier CHW o proveedor que haga lo siguiente:

- Cometer fraude, desperdicio o abuso.
- Infringir los requisitos del programa.
- Presentar reclamaciones falsas o engañosas.
- Permitir que personas no calificadas presten servicios de CHW cubiertos por Medicaid.
- Poner en peligro la salud, la seguridad o el bienestar de los beneficiarios de Medicaid.




La EOHHS puede derivar las presuntas infracciones a la MFCU, la Oficina de Integridad del Programa (PI) u otros organismos de cumplimiento. Algunas medidas correctivas posibles:

- Suspensión del pago.
- Inhabilitación del proveedor.
- Sanciones pecuniarias civiles.
- Exclusión de la participación en programas de salud estatales y federales.

La EOHHS continuará evaluando el Programa de CHW para incorporar las prácticas recomendadas nacionales, fortalecer la integridad del Programa y apoyar la prestación de servicios de CHW de alta calidad, rentables y centrados en las personas en Rhode Island.

1.7. Guía para el lector y clave de símbolos

Este Manual contiene referencias e indicaciones visuales para ayudar a los lectores a identificar elementos importantes de cumplimiento, plazos y requisitos:

Símbolo	Significado
	Advertencia de cumplimiento: Indica una práctica prohibida, un riesgo de auditoría o una norma con plazos definidos.
	Alerta de transición: Indica un cambio de política o una transición desde una práctica anterior (p. ej., un nuevo código que reemplaza al anterior).
	Referencia cruzada: Dirige al lector a otra sección del Manual para obtener más detalles.

Estos símbolos se utilizan a lo largo del documento para mejorar la comprensión y destacar elementos clave que pueden afectar la facturación, la documentación o el cumplimiento de la prestación de servicios.

Para obtener un resumen consolidado de las principales fechas y plazos de implementación, consulte la Sección 9: Calendario de cumplimiento. Esta Sección enumera las fechas de transición a los nuevos códigos, las normas de derivación y los requisitos de inscripción.

2. Requisitos de necesidad médica para los servicios de CHW en el Programa Medicaid de Rhode Island

2.1. Definición general de “necesidad médica” para un servicio cubierto por Medicaid en Medicaid de Rhode Island

En el Programa Medicaid de Rhode Island (en adelante, “Medicaid RI”), un servicio se considera médicamente necesario si cumple con los siguientes criterios:

La necesidad médica se refiere a los servicios médicos, quirúrgicos o de otro tipo necesarios para la prevención, el diagnóstico, la cura o el tratamiento de una lesión, una afección médica, una enfermedad o sus síntomas.

Para las personas menores de veintiún (21) años elegibles para Medicaid, la necesidad médica también incluye todos los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) que sean necesarios para corregir o mejorar una afección física o mental identificada mediante evaluaciones, de conformidad con la Sección 1905(r) de la Ley de Seguridad Social (en adelante, “SSA”).

Un servicio se considerará médicamente necesario cuando se preste para cualquiera de los siguientes fines:

- Tratar una afección potencialmente mortal o aliviar el dolor.
- Tratar una lesión, una enfermedad o una infección.
- Mejorar o mantener el funcionamiento físico o mental de acuerdo con los estándares comunitarios para el diagnóstico o la afección.
- Brindar atención relacionada con la maternidad y el posparto.
- Prevenir la aparición de una enfermedad grave.
- Tratar una afección que pueda causar un deterioro de la salud física o conductual.
- Apoyar el crecimiento y desarrollo adecuados para la edad, o alcanzar, mantener o recuperar la capacidad funcional.

Esta definición se ajusta a los requisitos y las facultades establecidas en la Sección 440.230(d) del Título 42 del CFR, las Secciones 1905(a) y 1905(r) de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y la Sección 42-7.2-2 de las Leyes Generales de Rhode Island (R.I. Gen. Laws).

La EOHHS se reserva el derecho exclusivo, sujeto a la legislación estatal y federal, de determinar si un servicio cumple con los criterios de necesidad médica de Medicaid RI.

2.2. Requisitos de necesidad médica para los servicios de trabajadores comunitarios de la salud (CHW)

A partir del 19 de mayo de 2025, la EOHHS reembolsará únicamente los servicios de los CHW que cumplan con todos los siguientes criterios:

- Son médicamente necesarios, según se define en la Sección 2.1 de este Manual.
- Son clínicamente apropiados y la alternativa que ofrece una mejor relación costo-beneficio para la necesidad identificada.
- Se prestan directamente al beneficiario de Medicaid.

A partir del 1 de julio de 2025, el NPI del LPHA debe incluirse en la reclamación de CHW en el campo correspondiente al proveedor solicitante/remitente (OPR). El proveedor CHW también debe conservar la derivación firmada del LPHA en el expediente del beneficiario para fines de auditoría.

Cada derivación de un LPHA es válida por un período de seis (6) meses a partir de la fecha de emisión.

Los servicios de un CHW se consideran médicamente necesarios únicamente cuando se prestan a un beneficiario de Medicaid que cumple al menos uno (1) de los siguientes criterios:

1. Tiene una (1) o más afecciones crónicas de salud física o conductual diagnosticadas.
2. Corre el riesgo de desarrollar una afección crónica de salud física o conductual según lo identificado por indicadores clínicos y documentado por un LPHA.

⚠ Nota importante sobre la prestación de servicios antes de la autorización del LPHA: Los servicios de CHW reembolsables por Medicaid no deben prestarse ni facturarse hasta que un LPHA haya autorizado dichos servicios mediante una derivación firmada. El tiempo dedicado a interactuar con el beneficiario antes de la autorización del LPHA no es reembolsable. Las autorizaciones no pueden aplicarse de forma retroactiva a las interacciones de los CHW que tuvieron lugar antes de la fecha.

⚠ Nota sobre las HRSN y los SDOH: Las necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN), como la inestabilidad de la vivienda, la inseguridad alimentaria o las limitaciones en el transporte, no pueden utilizarse como criterios independientes para establecer la necesidad médica. Las HRSN pueden considerarse como factores secundarios únicamente cuando se relacionan con una afección diagnosticada o de riesgo respaldada por documentación clínica. *Las HRSN por sí solas no establecen la necesidad médica.*

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

La necesidad de servicios de CHW de Medicaid debe justificarse mediante indicadores de salud documentados y objetivos, por ejemplo:

- Una afección crónica o de salud conductual diagnosticada.
- Indicadores clínicos de riesgo creciente (p. ej., presión arterial alta, glucosa en sangre, IMC).
- Conductas documentadas de riesgo para la salud (p. ej., consumo de tabaco, consumo de alcohol, trastorno por consumo de sustancias).
- Una (1) o más visitas al servicio de urgencias.
- Una (1) o más hospitalizaciones médicas o psiquiátricas.
- Una (1) o más estancias en un centro de desintoxicación o estabilización.
- Ausencia a dos (2) o más citas clínicas.
- Una HRSN documentada que pueda dar lugar a un riesgo clínico o interfiera con el cumplimiento del tratamiento para un diagnóstico elegible.¹

Los servicios de CHW deben respaldar los objetivos de tratamiento clínico establecidos por el LPHA y no pueden duplicar otras funciones o servicios cubiertos por Medicaid, como la administración de casos, los programas de administración de la atención, los servicios de estabilización en el domicilio o los apoyos de salud conductual autorizados.

2.3. Órdenes permanentes y derivaciones generales: prácticas prohibidas

A partir del 19 de mayo de 2025, las siguientes prácticas de derivación no están permitidas para el reembolso de los servicios de CHW por parte de Medicaid:

- Órdenes permanentes generalizadas que no se refieren específicamente al diagnóstico o factor de riesgo del beneficiario mediante órdenes de un LPHA disponibles públicamente.
- Órdenes emitidas por un LPHA que no mantiene una relación clínica con el beneficiario.
- Autorizaciones no específicas o sin duración definida que hacen referencia a los servicios de CHW como “recomendados” sin una orden formal con fecha.

⚠ Aclaración: Las directrices previas del Programa podrían haber permitido las “recomendaciones” de los LPHA sin un diagnóstico correspondiente ni una orden de servicio individualizada. Esa interpretación se ha anulado para alinearse con los requisitos federales de Medicaid según el Capítulo 440.130(c) del Título 42 del CFR y la Carta N.º 13-006 del Director Estatal de Medicaid de los CMS, que exige que los servicios preventivos sean autorizados explícitamente por un LPHA. Por lo tanto, todos los servicios de CHW deben basarse en una orden de servicio formal emitida por el

¹ A partir del 1 de julio, un diagnóstico de HRSN por sí solo (código Z como principal) no establece la necesidad médica ni la autorización para los servicios de CHW, y se denegará el reembolso de reclamaciones.

Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid

LPHA, vinculada a un diagnóstico médico documentado o a un factor de riesgo clínicamente relevante, como se describe en la Sección 2.2 de este Manual. El diagnóstico retroactivo de un LPHA está estrictamente prohibido para el reembolso permitido según las normas del Programa Medicaid.

Los servicios de CHW pueden facturarse a Medicaid únicamente si se reúnen estos requisitos:

- El servicio está autorizado por un LPHA con licencia de Rhode Island.
- El servicio es médicamente necesario, según se define en la Sección 2.2 de este Manual.
- La documentación incluye el nombre, el tipo y número de licencia del LPHA, y la justificación clínica.

Se prohíben las órdenes permanentes, las recomendaciones o las plantillas de autorizaciones cuando no hay interacción del LPHA con el beneficiario de Medicaid para obtener un diagnóstico. Los servicios de CHW iniciados en el marco de prácticas prohibidas estarán sujetos a la denegación del pago, la desestimación en auditoría o la recuperación de fondos.

Las derivaciones de un LPHA solo se permitirán por un máximo de seis (6) meses a partir de la fecha de emisión por parte del LPHA.

2.4.Requisitos para la derivación de profesionales con licencia en artes curativas (LPHA)

Para iniciar los servicios de CHW de Medicaid, un LPHA con licencia de Rhode Island debe emitir una orden de servicio formal antes de que los CHW presten servicios a los beneficiarios de Medicaid para su reembolso. Conforme a la Sección 455.510 del Título 42 de los CFR, el LPHA solicitante debe estar inscrito en Medicaid RI. Los CHW no pueden iniciar ni facturar servicios sin contar con dicha autorización, ni servicios autorizados por un LPHA que no esté inscrito como proveedor de Medicaid RI.

Todas las órdenes emitidas por un LPHA deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser emitidas por un profesional de la salud con licencia del estado de Rhode Island.
- Estar basadas en el conocimiento clínico directo de la afección o el riesgo del beneficiario (consulte la Sección 2.4.3).
- Documentar claramente el servicio específico de CHW, el diagnóstico asociado y la justificación de la participación del CHW.
- Conservarse en el expediente del CHW durante al menos diez (10) años, de acuerdo con las políticas de documentación de Medicaid RI.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Si no se documenta esta derivación de acuerdo con las normas del Programa Medicaid, se denegará la reclamación, se emitirá un informe de auditoría o se desestimarán.

2.4.1. ¿Quiénes califican como LPHA?

La EOHHS reconoce a los siguientes profesionales como profesionales con licencia en artes curativas (LPHA) con el propósito de solicitar o autorizar servicios de trabajadores comunitarios de la salud (CHW) en el marco de Medicaid, siempre que los LPHA tengan una licencia activa del estado de Rhode Island y ejerzan en el ámbito de su licencia:

- Médicos (doctor en Medicina [MD] o doctor en Medicina Osteopática [DO]).
- Enfermeros registrados de práctica avanzada (APRN).²
- Asociados médicos (PA).
- Doctor en Medicina Podiátrica (DPM).
- Trabajadores sociales clínicos independientes licenciados (LCSW), trabajadores sociales clínicos licenciados (LCSW), consejeros de salud mental licenciados (LMHC), terapeutas matrimoniales y familiares licenciados (LMFT)
- Psicólogos licenciados.
- Dentistas (DMD) y doctores en Cirugía Dental (DDS).
- Pasantes, residentes y residentes avanzados (si están inscritos en Medicaid y autorizados según las normas de supervisión).

Estos proveedores solicitantes deben cumplir con todos los requisitos de inscripción de Medicaid y tener una relación clínica establecida con el beneficiario para autorizar los servicios de CHW.

2.4.2. ¿Quiénes no califican como LPHA?

Las siguientes profesiones no están autorizadas a solicitar servicios de CHW en el marco de Medicaid:

- Trabajadores comunitarios de la salud (CHW).
- Enfermeros registrados (RN).
- Enfermeros Prácticos Licenciados (LPN).
- Farmacéuticos.

² Un APRN es un enfermero practicante certificado (CNP), un enfermero anestesista registrado certificado (CRNA), según se define en el Capítulo 5-34.2 de las Leyes Generales de Rhode Island, o un enfermero clínico especialista certificado (CNS), y que trabaja en un área poblacional específica. Un APRN puede desempeñarse como proveedor de atención primaria y aguda principal. Los APRN figuran como LPHA elegibles para servicios de CHW en el marco de Medicaid, incluidos los enfermeros practicantes (NP), las enfermeras parteras certificadas (CNM) y los enfermeros clínicos especialistas certificados (CNS).

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Parteras profesionales certificadas.
- Administradores de casos (a menos que tengan una licencia independiente como LPHA que califique).
- Coordinadores de atención (sin licencia clínica).
- Personal de servicios sociales (sin licencia clínica).
- Personal administrativo, asistentes de salud o personal de apoyo sin licencia.
- Especialistas en apoyo entre pares (a menos que tengan una licencia independiente como LPHA).
- Personal de extensión comunitaria, orientadores, promotores (sin licencia clínica).
- Orientadores de vivienda.
- Otros profesionales de la atención, con o sin licencia, que no se indiquen explícitamente en la Sección 2.4.1 de este Manual.

Un CHW no puede solicitar, derivar ni supervisar sus propios servicios ni los de otro CHW. No se pueden prestar servicios a familiares, convivientes ni a otras personas con quienes exista una relación personal (consulte la Sección 2.5 de este Manual). Ese tipo de ofertas debe realizarse a través de las opciones de elección personal disponibles para los beneficiarios de Medicaid.

2.4.3. Conocimiento clínico directo de la afección o el riesgo del beneficiario

El requisito de “conocimiento clínico directo” por parte del LPHA está en consonancia con las regulaciones federales de Medicaid, entre ellas las Secciones 440.130(c) y 440.230(d) del Título 42 del CFR, y la orientación de los CMS que establece que los servicios preventivos pueden ser prestados por proveedores sin licencia (por ejemplo, CHW), pero exige que dichos servicios se basen en la información clínica apropiada del LPHA para su autorización.

“Conocimiento clínico directo” significa que el LPHA ha obtenido información profesional de primera mano sobre la afección de salud o los factores de riesgo del beneficiario a través de uno (1) o más de los siguientes medios:

- Una consulta clínica presencial o por telesalud con el beneficiario.
- La revisión de la historia clínica o el plan de atención actual del beneficiario.
- La participación continua en el tratamiento, la coordinación de la atención o la administración de casos del beneficiario.
- Comunicación con otros proveedores tratantes que contribuya al juicio clínico informado del LPHA.

Este conocimiento debe ser actual, relevante y suficiente para respaldar la derivación y la determinación de la necesidad médica de los servicios de CHW.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Los siguientes aspectos no cumplen con el estándar de “conocimiento clínico directo”:

- Conocimiento general de la elegibilidad para Medicaid o la condición demográfica del beneficiario.
- Derivaciones previas sin una revisión clínica actual.
- Revisión administrativa o procesamiento de documentación no clínica (p. ej., solo formularios de evaluación de necesidades sociales).
- Información de segunda mano de un CHW o personal no clínico sin verificación por parte del LPHA.
- Órdenes permanentes o derivaciones generales no adaptadas al beneficiario individual.

2.5. Prohibición de autocontratación y conflicto de intereses para proveedores CHW individuales y organizacionales

La EOHHS exige el estricto cumplimiento de las normas de integridad del Programa Medicaid para prevenir el fraude, el desperdicio y el abuso (FWA) en el Programa Medicaid de Rhode Island.

Los CHW y las organizaciones afiliadas deben evitar cualquier conflicto de intereses, real, potencial o aparente al prestar servicios y respetar las prohibiciones éticas y legales que se describen en las siguientes Secciones. Dichas prohibiciones se establecen para preservar la integridad del Programa Medicaid, proteger los fondos públicos y garantizar el respeto de los límites éticos entre los CHW, los proveedores de la organización y los beneficiarios.

El incumplimiento de estas normas puede dar lugar a las siguientes medidas:

- Denegación de reclamaciones.
- Recuperación de pagos.
- Cancelación de la afiliación del proveedor.
- Derivación a la Oficina de Integridad del Programa Medicaid (PI).
- Derivación a la Unidad de Control contra Fraude a Medicaid (MFCU) de Rhode Island.
- Exclusión de la participación en cualquier programa de atención médica financiado por el Gobierno federal o estatal.

2.5.1. *Autocontratación y conflictos de intereses de los CHW*

Los CHW deben actuar con el máximo nivel de integridad profesional y evitar cualquier conflicto de intereses, real o aparente, al prestar servicios en el marco de Medicaid de Rhode Island. Se prohíben las siguientes prácticas de autocontratación:

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Autoderivación o autorización propia: Un CHW no puede derivar, autorizar ni supervisar servicios para sí mismo.
- Servicios para familiares o miembros del hogar: Los CHW no pueden prestar servicios a familiares o residentes de su hogar, independientemente de su necesidad médica o elegibilidad.
- Acuerdos colusorios: Los CHW y los proveedores no pueden participar en derivaciones recíprocas ni en ciclos de facturación con el fin de aumentar los reembolsos.
- Supervisión en relaciones conflictivas: Los CHW no pueden ser supervisados por personas con las que tengan una relación familiar, sentimental, doméstica o financiera.

2.5.2. Conflicto de intereses a nivel organizacional y de programa

Las organizaciones que emplean CHW deben establecer y hacer cumplir políticas para prevenir conflictos internos, por ejemplo:

- Derivaciones organizacionales internas: No deben producirse entre departamentos que se benefician financieramente sin límites claros en relación con un conflicto potencial o aparente.
- Conflictos de supervisión: El personal directivo debe evitar la supervisión directa si pudiera beneficiarse del volumen de servicios de los CHW.
- Referencia cruzada entre servicios de Medicaid: La facturación debe ser independiente y no estar duplicada con la de la asistencia entre pares, la administración de casos, la administración de la atención, la estabilización de vivienda o los programas conductuales que ofrecen servicios complementarios o similares permitidos por el beneficio de CHW de Medicaid y que ya están incluidos en otras tarifas por capitación y acuerdos de Medicaid.
- Supervisión financiera y controles internos: Las organizaciones deben implementar protocolos de gestión financiera para evitar la facturación indebida y garantizar que los servicios de los CHW se controlen, facturen y concilien por separado de otros servicios de Medicaid. Eso incluye lo siguiente:
 - Segregación interna de funciones (p. ej., separar la supervisión de los CHW del personal de facturación).
 - Conciliación periódica de los registros de servicios y las reclamaciones.
 - Auditorías internas o revisiones de control de calidad para detectar sobrefacturación o duplicación.
 - Capacitación documentada sobre cumplimiento para todo el personal involucrado en la facturación a Medicaid y las operaciones del programa.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Las organizaciones que no cumplan con estas normas pueden enfrentarse a hallazgos de auditoría, recuperaciones o la descalificación del Programa Medicaid.

2.5.3. Conflicto de intereses en la certificación y capacitación de CHW

Las entidades que brindan capacitación o supervisión para la certificación de CHW deben seguir estrictos estándares de independencia y garantizar que los procesos de certificación de CHW en el marco del RICB no comprometan la integridad de la facturación. Se deben abordar los siguientes conflictos de intereses:

- Independencia de las funciones de capacitación y facturación: Los proveedores de capacitación de CHW deben mantener políticas que prohíban que las personas con intereses financieros en la facturación participen en la evaluación o certificación de los CHW para fines de reembolso de Medicaid.
- Prohibición de facturación por tiempo de capacitación o educación continua: Los programas de capacitación no pueden facturar a Medicaid las horas de servicio de los CHW que se realicen durante la certificación, la certificación provisional/horas de capacitación, pasantías, prácticum u otra capacitación previa al empleo que no esté relacionada con la prestación de servicios de CHW de Medicaid. Requisitos para estas horas:
 - Estar claramente designadas como no facturables.
 - Estar separadas de la prestación directa de servicios en horarios, registros y registros de tiempo.
 - Estar excluidas de cualquier presentación de reclamaciones según los códigos de facturación de CHW.

La separación garantiza que los fondos de Medicaid se utilicen únicamente para servicios directos que sean médicamente necesarios, autorizados por el LPHA y debidamente documentados según las normas y los requisitos del Programa Medicaid.

2.6. Prohibición de marketing para fomentar la utilización de Medicaid

Los CHW y las organizaciones proveedoras afiliadas a ellos tienen estrictamente prohibido participar en actividades de marketing, publicidad o promoción destinadas a inducir a los beneficiarios de Medicaid a utilizar los servicios de CHW en el marco de Medicaid o a dirigirlos hacia proveedores específicos o servicios no cubiertos por Medicaid mediante sobornos. Dicha prohibición se basa en las leyes federales antisoborno de Medicaid (Sección 1320a-7b[b] del Título 42 del Código de los Estados Unidos [USC] y la Sección 455.2 del Título 42 del CFR).

“Materiales de marketing” se refiere a cualquier comunicación, divulgación o contenido promocional creado por o en nombre de un proveedor de Medicaid que tenga como

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

objetivo influir en las decisiones de inscripción, promover los servicios cubiertos o inducir a los miembros de Medicaid a utilizar proveedores o programas específicos mediante distribución masiva. Estos incluyen publicidades, folletos impresos, contenido digital, anuncios públicos y cualquier mensaje basado en incentivos, y deben cumplir con las normas federales y estatales aplicables a Medicaid.

Algunos ejemplos de materiales de marketing:

- Folletos y hojas informativas.
- Anuncios en televisión, radio o internet.
- Volantes o carteles en lugares públicos.
- Publicaciones en redes sociales.
- Contenido de sitios web dirigido a la adquisición o retención de miembros.
- Correo directo a miembros potenciales o actuales.

Algunas prácticas de marketing prohibidas:

- Ofrecer comida, tarjetas de regalo, transporte u otros incentivos gratuitos en lugares en los que se congregan miembros de Medicaid (p. ej., centros de distribución de alimentos, refugios o viviendas públicas) para impulsar el uso de los servicios de Medicaid mediante actividades de marketing no permitidas.
- Promocionar servicios como “gratuitos” o “sin costo” sin aclarar que los servicios se prestan en el marco de su beneficio de Medicaid de Rhode Island o que se aplican las normas de elegibilidad para Medicaid.
- Organizar eventos comunitarios en los que el acceso a comida, obsequios o apoyo social esté supeditado a la programación de una visita reembolsable por Medicaid.
- Ofrecer bonificaciones o incentivos por derivaciones a miembros de la comunidad, personal u otras organizaciones para conectar a las personas con los servicios de un CHW.
- Promoción cruzada de actividades comerciales no relacionadas, propiedad de u operadas por el CHW o su organización afiliada (p. ej., suplementos herbales, servicios legales, asesoría de bienestar, servicios de búsqueda de vivienda, acceso a eventos promocionales), a menos que dichas actividades estén cubiertas por Medicaid y autorizadas explícitamente por la EOHHS o una entidad delegada (p. ej., una MCO).
- Incluir códigos QR, enlaces o folletos sobre servicios comerciales no cubiertos por Medicaid durante sesiones de divulgación o interacción con el cliente financiadas por Medicaid.

Para conocer políticas, prácticas y prohibiciones adicionales, los CHW y sus proveedores afiliados deben consultar las Pautas de las EOHHS para el marketing y las comunicaciones con los miembros del programa de atención administrada de Medicaid: <https://eohhs.ri.gov/providers-partners/medicaid-managed-care>

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Si los servicios de los CHW se convierten en un beneficio dentro del plan de atención médica administrada u otras entidades delegadas de la EOHHS, los proveedores de CHW estarán sujetos a requisitos de marketing adicionales según los acuerdos con proveedores de MCO relacionados con las actividades de marketing permitidas.

2.6.1. Uso de la afiliación o logotipos gubernamentales

Los CHW y las organizaciones afiliadas no deben declarar ni dar a entender que los materiales, servicios o eventos de marketing cuentan con el respaldo de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive Office of Health and Human Services, EOHHS), los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services , CMS) ni ningún otro organismo gubernamental, a menos que dicho respaldo o colaboración se haya aprobado explícitamente por escrito. Eso incluye el uso no autorizado de sellos estatales, logotipos de agencias o palabras o frases que sugieran patrocinio o aprobación gubernamental.

El incumplimiento de estas prohibiciones de marketing puede dar lugar a las siguientes medidas:

- Denegación o recuperación de reclamaciones.
- Suspensión o cancelación de los privilegios de facturación de Medicaid.
- Derivación a la Unidad de Integridad del Programa o la MFCU.
- Multas y sanciones impuestas por la EOHHS, los CMS y las MCO debido al uso no autorizado de logotipos y materiales de marketing afiliados al Gobierno, hasta \$25,000 por persona engañada mediante marketing indebido, según la Sección 438.704(b).
- La cancelación de la afiliación del proveedor o su exclusión de la participación en Medicaid.

3. Servicios de trabajadores comunitarios de la salud cubiertos por Medicaid

⚠️ A partir del 19 de mayo de 2025, los servicios de los CHW cubiertos por Medicaid se permiten para las siguientes tres (3) categorías:

- 1) Promoción y asesoramiento en salud.
- 2) Educación y capacitación en salud.
- 3) Orientación en el sistema de salud y coordinación de recursos.

Estos servicios deben estar alineados con la Sección 440.130(c) del Título 42 del CFR, que rige los servicios preventivos en el marco de Medicaid, y deben clasificarse como servicios preventivos no clínicos prestados bajo la supervisión o dirección de un profesional con licencia en artes curativas reconocido por la Agencia Estatal de Medicaid (EOHHS), de acuerdo con los requisitos federales.

Cualquier servicio que no se encuentre dentro de estas tres (3) categorías no es elegible para el reembolso de Medicaid como servicio de CHW cubierto.

⚠️ A partir del 19 de mayo de 2025, los servicios de CHW previamente facturables, categorizados como planificación de equipos de atención multidisciplinarios y servicios complementarios, dejarán de estar disponibles. Estos servicios ya no serán elegibles para el reembolso de Medicaid en virtud del beneficio de CHW después de la fecha mencionada.

3.1. Promoción y asesoramiento en salud

3.1.1. *Definición de promoción y asesoramiento en salud.*

Promoción y asesoramiento en salud se refiere a un apoyo interactivo, individual o grupal, con el objetivo de ayudar al beneficiario a comprender, gestionar o reducir los riesgos de una enfermedad crónica diagnosticada. Las actividades deben incluir asesoramiento directo o apoyo motivacional vinculado a los objetivos documentados por el LPHA.

Este servicio debe prestarse en persona, cara a cara con el beneficiario. La telesalud, que incluye la comunicación por audio o video, no está permitida para la promoción y asesoramiento en salud, a menos que la EOHHS lo apruebe explícitamente por escrito en circunstancias extraordinarias (p. ej., emergencias de salud pública o flexibilidades estatales).

Los CHW pueden facturar por promoción y asesoramiento en salud cuando los servicios cumplan con todos los siguientes criterios:

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Están relacionados con una enfermedad diagnosticada.
- Son médicamente necesarios, según lo determine y documente un profesional con licencia en artes curativas (LPHA).
- Se prestan directamente al beneficiario de Medicaid.

3.1.2. Actividades permitidas y prohibidas de promoción y asesoramiento en salud

Actividades permitidas:

- Apoyo para el manejo de enfermedades crónicas: Apoyar a los beneficiarios en el manejo de enfermedades crónicas (p. ej., prediabetes, hipertensión, ansiedad) para reforzar los objetivos de autogestión alineados con los planes de atención clínica.
- Entrevistas motivacionales y establecimiento de metas: Usar entrevistas motivacionales para ayudar al beneficiario a identificar barreras y comprometerse con un cambio de comportamiento relacionado con la salud; asistir con el establecimiento de metas de salud a corto y largo plazo.
- Asesoramiento en salud con base empírica (no educación para la salud): Brindar asesoramiento personalizado en salud utilizando técnicas basadas en pruebas y materiales estandarizados previamente aprobados.
- Planificación y seguimiento de intervenciones de salud: Ayudar a los beneficiarios a establecer planes de acción y darles seguimiento para mejorar su salud (p. ej., dejar de fumar, mejorar la alimentación).
- Apoyo para cambios de estilo de vida vinculados a enfermedades: Abordar las modificaciones del estilo de vida relacionadas con enfermedades diagnosticadas (p. ej., hipertensión, diabetes) y reforzar las recomendaciones del LPHA.
- Asesoramiento posterior a la hospitalización: Ayudar a implementar planes de alta para evitar reingresos hospitalarios.
- Educación de apoyo con la medicación (no clínica): Reforzar la adherencia a la medicación mediante herramientas para el desarrollo de hábitos, ayudando a los beneficiarios a comprender los regímenes de medicación prescritos y a desarrollar estrategias de recordatorio (p. ej., uso de pastilleros, alarmas, recordatorios o calendarios). **⚠ Nota:** Los CHW no pueden ajustar la medicación, brindar asesoramiento farmacológico clínico ni administrar medicamentos.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Herramientas de autogestión de la salud conductual (no clínicas): Enseñar técnicas de autogestión de la salud conductual (p. ej., atención plena, ejercicios de respiración) coherentes con los objetivos de tratamiento del LPHA.
- Asesoramiento cultural y lingüístico en salud: Usar métodos cultural y lingüísticamente apropiados para reducir las desigualdades en salud.

Actividades prohibidas:

- Asesoramiento de vida general o no médico: Asesoramiento de vida general o que no esté vinculado a una afección de salud diagnosticada ni a un riesgo médico derivado de la necesidad médica. Ejemplos de esas “habilidades para la vida” son cocinar (a menos que esté vinculado a una afección crónica), limpiar u organizar la casa, preparación laboral o elaboración de currículums, asesoramiento jurídico y asesoramiento en asuntos sociales o conductuales no relacionados con la afección de salud diagnosticada (p. ej., asesoramiento sobre relaciones o matrimonio, crecimiento emocional).
- Apoyo para el bienestar o el estilo de vida sin necesidad médica ni justificación: Ofrecer asesoramiento general sobre bienestar o consejos para el estilo de vida (p. ej., “cómo mantenerse motivado” o “cómo ser más productivo”) sin una afección de salud o un riesgo en particular vinculados a la sesión. No se permite impartir clases de yoga, meditación o ejercicio, ni siquiera si están orientados a la salud. No se permite supervisar el ejercicio ni brindar apoyo para la actividad física (p. ej., acompañar a un beneficiario, guiarlo en sus entrenamientos, entrenamiento personal o entrenamiento físico).
- Servicios conductuales terapéuticos o clínicos Los CHW no pueden ofrecer terapia, asesoramiento clínico ni apoyo en situaciones de crisis.
- Supervisión, instrucción o evaluación del progreso físico: Los CHW no pueden monitorear los signos vitales ni el rendimiento físico, supervisar rutinas de ejercicio ni desarrollar planes de entrenamiento individualizados.
- Demostraciones de cocina o compras de comestibles: No se permiten compras de comestibles. En el caso de las demostraciones de cocina, deben estar vinculadas a la educación sobre alimentación saludable mediante materiales aprobados y de base empírica. Estos servicios solo se facturan cuando 1) están directamente relacionados con un diagnóstico o riesgo médico (p. ej., diabetes); y 2) se realizan individualmente y se documentan en el plan de salud mediante un programa de base empírica, bajo la supervisión de un LPHA. Más allá de eso, no se permiten recorridos

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

gastronómicos, demostraciones de cocina ni asesoramiento en compras de comestibles.

- Participación en asesoramiento espiritual o religioso: Los servicios de promoción de la salud deben ser seculares y tener base empírica. Los servicios que utilizan marcos religiosos no son elegibles para el reembolso de Medicaid.
- Actividades que duplican las funciones de otros proveedores de Medicaid: Prestar servicios que son responsabilidad de otros tipos de proveedores (p. ej., profesionales de apoyo directo, terapeutas con licencia o profesionales clínicos de salud conductual, o administradores de casos o enfermeros).
- Facturación simultánea con otros servicios cubiertos: Facturar un servicio mientras el beneficiario ya está recibiendo otro servicio cubierto por Medicaid (p. ej., durante una consulta médica o de salud conductual). No se permite facturar el asesoramiento a un beneficiario durante una cita con un proveedor, como estar presente durante una visita médica y reclamar el tiempo de asesoramiento.
- Prestación de servicios a personas o contextos no elegibles: Brindar asesoramiento a familiares o cuidadores, a menos que el beneficiario esté presente y participe activamente. Dirigir sesiones grupales sin una participación individual clara y documentada ni una conexión con la necesidad médica de cada participante. Asesorar o prestar servicios a personas que no son beneficiarias de Medicaid, inclusive familiares o participantes de la comunidad en general.

Si una actividad no cumple con los tres (3) criterios principales (medicamente necesaria, autorizada por el LPHA y vinculada al diagnóstico o al objetivo de salud del beneficiario) o está catalogada como actividad prohibida, no puede facturarse.

Las sesiones grupales deben reunir todos los siguientes requisitos:

- Tener una cantidad limitada de participantes (un máximo de ocho [8] beneficiarios por sesión grupal por cada CHW facilitador).
- Incluir documentación del diagnóstico de cada beneficiario y la autorización del LPHA.
- Demostrar una participación e interacción individualizadas.

La documentación debe incluir el nombre del beneficiario, la fecha y hora, el objetivo monitoreado, la vinculación con el LPHA y el contenido específico del asesoramiento.

3.2. Educación y capacitación en salud

3.2.1. *Definición de educación y capacitación en salud*

Educación y capacitación en salud consiste en servicios de educación en salud estandarizados y de base empírica, que se brindan de forma individual o en grupos pequeños para abordar un riesgo de salud o una afección crónica específicos documentados por el LPHA. Estos servicios deben estar directamente relacionados con la afección o el riesgo médicamente necesario del beneficiario y tener como objetivo prevenir enfermedades, reducir la discapacidad o promover el mantenimiento de la salud.

Este servicio debe prestarse en persona, cara a cara con el beneficiario de Medicaid. La telesalud, incluida la comunicación telefónica o por video, no está permitida para la educación y capacitación en salud, a menos que la EOHHS lo autorice explícitamente por escrito para casos de uso limitado (p. ej., durante emergencias de salud pública declaradas).

Los CHW pueden facturar por educación y capacitación en salud cuando los servicios cumplan con todos los siguientes criterios:

- Están vinculados a una afección médica o de salud conductual diagnosticada o a un factor de riesgo documentado.
- Son médicamente necesarios, según lo determine y documente un profesional con licencia en artes curativas (LPHA).
- Se prestan directamente al beneficiario de Medicaid, con la necesidad médica documentada en el expediente.

Los servicios de los trabajadores comunitarios de la salud (CHW) no pueden duplicar los servicios de coordinación de atención requeridos por el Gobierno federal, proporcionados por las MCO, los hogares de atención médica (Health Home) o los programas de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).

3.2.2. *Actividades permitidas y prohibidas de educación y capacitación en salud*

Actividades permitidas:

- Prevención y autogestión de enfermedades crónicas: Brindar educación para ayudar a los beneficiarios a reconocer síntomas, administrar la medicación e implementar cambios en el estilo de vida relacionados con enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades relacionadas con la obesidad, el asma o las enfermedades cardiovasculares.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Reducción del consumo de tabaco y sustancias: Educar a los beneficiarios sobre estrategias para reducir o abandonar el consumo de tabaco o sustancias. Puede incluir entrevistas motivacionales, reducción de daños o conexiones con programas de salud conductual y para dejar de fumar. **⚠ Nota**: Los CHW no pueden brindar servicios clínicos para dejar de fumar, recetar medicamentos ni brindar asesoramiento individual o grupal que se encuentre dentro del alcance de los proveedores clínicos o de salud conductual con licencia. Toda la educación para la reducción del consumo de tabaco debe estar autorizada por un LPHA y documentada como médicamente necesaria.
- Educación sobre nutrición y actividad física (no clínica): Brindar educación básica sobre salud, nutrición, ejercicios y movimiento para el bienestar o el manejo de enfermedades crónicas (p. ej., leer las etiquetas nutricionales, aspectos básicos de caminar). **⚠ Nota**: No incluye planes de alimentación personalizados, prescripciones nutricionales, terapia nutricional médica ni instrucción física.
- Planificación familiar y reducción de riesgos prenatales: Brindar educación sobre prácticas de salud sexual segura, opciones de anticonceptivos y salud prenatal para promover la salud materno infantil y reducir las conductas de alto riesgo durante el embarazo.
- Prevención de lesiones y riesgos ambientales para la salud: Brindar educación sobre la reducción del riesgo de lesiones (p. ej., caídas), riesgos a la salud en el trabajo y problemas de salud ambiental, como el plomo, el moho o la contaminación del aire.
- Promoción de la salud preventiva: Instruir sobre la importancia de las pruebas de detección preventivas (p. ej., cáncer, presión arterial, diabetes) y las vacunas recomendadas, y ayudar a los beneficiarios a comprender cuándo y cómo acceder a ellas.
- Apoyo para la adherencia a la medicación: Educar a los beneficiarios sobre el uso y la adherencia a la medicación recetada (con excepción de cualquier interpretación clínica o tareas de dispensación).
- Apoyo para la educación posterior a la hospitalización: Ayudar a los beneficiarios a comprender la documentación del alta o los planes de atención de seguimiento si así lo autoriza el LPHA.
- Educación sobre trauma y salud: Información básica relacionada con los planes de tratamiento clínico (p. ej., vínculo entre trauma y enfermedades crónicas) alineada con el plan de atención y la documentación de necesidad médica.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Actividades prohibidas:

- Actividades sin necesidad médica ni autorización del LPHA: Impartir charlas generales sobre salud sin una necesidad médica individualizada. No se permiten charlas de salud comunitaria ni actividades de divulgación generalizada sin la documentación adecuada.
- Uso de materiales informales o sin base empírica: Usar materiales informales, sin base empírica o basados en la experiencia personal. No se permiten herramientas educativas informales o no validadas.
- Actividades fuera del alcance de los CHW: Proporcionar terapia nutricional clínica o planes de alimentación (reservados para nutricionistas), impartir clases de ejercicio o acondicionamiento físico (p. ej., yoga, aeróbic, entrenamiento personal) o realizar evaluaciones, pruebas de detección o tareas educativas reservadas para otros profesionales con licencia (p. ej., enfermeros, consejeros).
- Servicios prestados sin la presencia o participación del beneficiario: Los servicios de CHW no se facturarán cuando se presten únicamente a familiares, cuidadores u otras personas, a menos que el beneficiario de Medicaid esté presente y participe activamente. Las sesiones grupales deben documentarse de forma individual y estar claramente vinculadas al diagnóstico de cada participante y a la autorización del LPHA. **⚠ Nota:** Para conocer las excepciones limitadas relacionadas con beneficiarios pediátricos o con necesidades médicas complejas que requieren el apoyo de un cuidador, consulte la Sección 4.3: Disposición especial: Excepción para la interacción con pediatras y familiares.
- Educación general en eventos de extensión comunitaria o stands de información: La educación sanitaria impartida en eventos públicos o comunitarios a gran escala (p. ej., ferias de salud, jornadas de extensión comunitaria, mesas de recursos) no se facturará en el marco de Medicaid, ni siquiera si se trata de contenido con base empírica. Estos tipos de entornos no cumplen con el requisito de servicios individualizados, médicamente necesarios y autorizados por el LPHA prestados directamente a un beneficiario de Medicaid.
- Educación a través de redes sociales, videos o contenido pregrabado: Publicar, compartir o producir educación sobre la salud a través de plataformas como YouTube, Instagram, TikTok, pódcast o presentaciones pregrabadas no es un servicio de CHW facturable. Esas formas de prestación no permiten la verificación de la necesidad médica ni la

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

participación individualizada, y quedan fuera del alcance de los formatos de servicio directo individual o grupal aprobados.

- Educación indiferenciada para grupos mixtos o no seleccionados: Realizar sesiones de educación grupal con participantes mixtos, incluidos los beneficiarios no cubiertos por Medicaid, sin documentación individualizada de la necesidad médica de cada beneficiario de Medicaid asistente no es reembolsable. Cada participante debe contar con una autorización documentada del LPHA y un motivo médicamente necesario para participar para que la sesión se facture a Medicaid.

Si una actividad no cumple con los tres (3) criterios principales (médicamente necesaria, autorizada por el LPHA y vinculada al diagnóstico o al riesgo de salud documentado del beneficiario) o está catalogada como actividad prohibida, no puede facturarse en el marco de Medicaid.

Las sesiones grupales deben reunir todos los siguientes requisitos:

1. Tener una cantidad limitada de participantes (un máximo de ocho [8] beneficiarios por sesión grupal por cada CHW facilitador).
2. Incluir documentación del diagnóstico de cada beneficiario y la autorización del LPHA.
3. Demostrar una participación e interacción individualizadas.

3.3.Orientación en el sistema de salud y coordinación de recursos

3.3.1. *Definición de orientación en el sistema de salud y coordinación de recursos*

La orientación y coordinación de recursos implica apoyo personalizado para ayudar a los beneficiarios de Medicaid a acceder a los servicios de salud y los recursos comunitarios.

Los CHW no son administradores de casos, proveedores clínicos ni analistas de elegibilidad, sino que ayudan a los beneficiarios a comprender y orientarse por los sistemas de atención.

La orientación y coordinación de recursos puede brindarse de forma presencial o mediante opciones de telesalud. Consulte la Sección 3.3.3 para obtener información adicional sobre el uso apropiado de la telesalud para la orientación y coordinación de recursos.

Los CHW pueden facturar los servicios de orientación y coordinación de recursos si se cumplen todos los siguientes criterios:

1. Se brindan de forma individual.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

2. Son médicamente necesarios y están autorizados por el LPHA.
3. No duplican otras actividades de administración de casos cubiertas.

Los servicios de CHW no pueden duplicar las funciones de coordinación de atención requeridas por el Gobierno federal o definidas por el plan estatal, realizadas por las MCO, los hogares de atención médica o los programas de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).

3.3.2. Actividades permitidas y prohibidas para la orientación en el sistema de salud y coordinación de recursos

Actividades permitidas:

- Conexión de los beneficiarios con los servicios cubiertos por Medicaid: Brindar apoyo para ayudar al beneficiario a identificar y establecer la atención con un proveedor de atención primaria (PCP) o un especialista inscrito en Medicaid. Ese apoyo puede incluir explicar las opciones, establecer contacto con los administradores de casos de la MCO y preparar al beneficiario para interactuar con el proveedor. Se permite la asistencia para establecer relaciones de atención, especialmente para pacientes nuevos o que se reincorporan.
- Asistencia en la programación y preparación de citas: Ayudar al beneficiario a programar citas para los servicios cubiertos por Medicaid y prepararse para la visita, como revisar la logística o las preguntas de salud que deben hacerse al proveedor. Incluye asesoramiento sobre documentación, indicaciones o cómo explicar síntomas o los antecedentes médicos. Asesorar a los beneficiarios sobre cómo explicar síntomas o describir su historia clínica durante las visitas. ⚠ **Nota:** Los CHW no pueden facturar el tiempo dedicado a acompañar a un beneficiario a una cita médica.
- Apoyo para acceder al transporte médico no urgente de Medicaid: Ayudar al beneficiario a orientarse en el proceso de organizar viajes a través del agente de transporte médico no urgente (NEMT) o dar instrucciones claras para llegar a un centro de servicio. Brindar apoyo sobre cómo desplazarse en el sistema de transporte público para acudir a citas. ⚠ **Nota:** Los CHW no pueden proporcionar transporte ni facturar a los beneficiarios por acompañarlos durante el transporte, ni facturar el tiempo dedicado a investigar las opciones de transporte para los beneficiarios.
- Asistencia con el uso de la telesalud y las herramientas tecnológicas: Ayudar al beneficiario a comprender cómo usar las plataformas de telesalud (p. ej., inicio de sesión en la plataforma de telesalud e información básica sobre telesalud) y apoyar su participación en las visitas de atención virtual

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

cuando corresponda. ⚠ **Nota:** Los CHW no pueden facturar a Medicaid por servicios generales de tecnología de la información ni por la compra de equipos informáticos para que los beneficiarios accedan a la telemedicina.

- **Facilitación de derivaciones a apoyos sociales y comunitarios:** Ayudar al beneficiario a conectarse con organizaciones comunitarias o de servicios sociales, como programas de vivienda, acceso a alimentos o apoyos de salud conductual, según se describe en la orden del LPHA.
- **Apoyo para la reincorporación a la atención médica:** Reincorporar a los beneficiarios que se han desvinculado de la atención médica.

Actividades prohibidas:

- **Servicios grupales:** Prestar servicios de orientación en formato grupal.
- **Duplicación de otros servicios de orientación o administración de casos de Medicaid:** Los CHW no pueden facturar servicios que ya se prestan o se reembolsan en virtud de otros programas de Medicaid, incluidos los prestados por las MCO de Medicare, las aseguradoras comerciales, los administradores de casos o los equipos de atención integrada, como las clínicas comunitarias certificadas de salud conductual (CCBHC) y las entidades responsables (AE), mediante pagos por capitación o combinados. Incluye los servicios prestados a través de hogares de atención médica, organizaciones de gestión de casos libre de conflictos (CFCM) u otros programas de coordinación de atención autorizados por los programas de servicios y apoyo a largo plazo. Si un beneficiario ya recibe orientación o coordinación de atención a través de esos canales, los servicios de los CHW que se superpongan o dupliquen dicho apoyo no son reembolsables.
- **Información general sin apoyo individualizado:** Distribuir folletos o listas sin una participación individualizada.
- **Realización de actividades fuera del alcance de los CHW:** Los CHW no pueden proporcionar orientación clínica, asistencia para la solicitud/inscripción en programas ni actuar como analistas de elegibilidad. No pueden asesorar sobre planes de tratamiento, interpretar diagnósticos médicos ni facturar otros servicios cubiertos cuando prestan servicios de CHW.
- **Transporte o acompañamiento a citas:** Los CHW no pueden facturar el tiempo dedicado a conducir a los beneficiarios a las citas, acompañarlos o viajar con ellos. No se permite facturar el tiempo dedicado a acompañar a un cliente en esta categoría.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Asistencia para la elegibilidad y la inscripción: Completar redeterminaciones de Medicaid, formularios de SNAP, solicitudes de vivienda u otros trámites de beneficios públicos. Actuar como analista de elegibilidad o realizar funciones de asistencia para la inscripción, va más allá de ayudar al beneficiario a comprender qué documentos debe presentar o adónde ir.
- Asesoramiento clínico o extralimitación: Brindar asesoramiento médico, interpretar diagnósticos, recomendar tratamientos o realizar evaluaciones. Participar en la planificación del tratamiento o en la toma de decisiones sobre la atención que deberían ser manejadas por proveedores con licencia.

A fin de que un servicio pueda facturarse como orientación en el sistema de salud y coordinación de recursos, debe ser individualizado, estar autorizado por un LPHA, ser médicamente necesario y no duplicar los servicios de administración de casos o coordinación de la atención cubiertos previamente.

Todos los servicios de orientación en el sistema de salud y coordinación de recursos deben incluir lo siguiente:

- Fecha y hora del contacto.
- Obstáculo específico abordado.
- Vinculación del LPHA con el plan de atención o su autorización.
- Documentación del servicio cubierto por Medicaid remitido o explicado por el CHW.

Las actividades que no cumplan con los criterios mencionados no son elegibles para el reembolso de servicios de CHW.

3.3.3. Requisitos de telesalud para los servicios de orientación en el sistema de salud

⚠ A partir del 1 de julio de 2025, solo se podrá brindar la orientación en el sistema de salud y coordinación de recursos de forma presencial o mediante telesalud sincrónica, lo que incluye comunicación solo por audio, según lo permitan las políticas de Medicaid de Rhode Island y la ley federal aplicable.

Para garantizar la integridad del programa, el cumplimiento de la Ley HIPAA y los requisitos estatales y federales de Medicaid, se deben cumplir las siguientes condiciones cuando los servicios de CHW se brinden mediante telesalud:

3.3.3.1. Requisitos legales y reglamentarios

Los servicios de CHW de Medicaid de Rhode Island deben brindarse dentro de los límites geográficos de Rhode Island, a menos que se autorice

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

específicamente. Por consiguiente, tanto los CHW como los beneficiarios de Medicaid deben estar físicamente ubicados en Rhode Island al momento de la prestación del servicio.

Sección 27-81-3 de las Leyes Generales de Rhode Island (R.I. Gen. Laws): Los proveedores que brindan servicios de telesalud deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Estar autorizados (si son proveedores clínicos) o certificados (si son CHW) según la legislación de Rhode Island.
- Estar inscritos en el Programa Medicaid de Rhode Island.
- Prestar servicios a un beneficiario ubicado en Rhode Island, a menos que la EOHHS autorice lo contrario.

3.3.3.2. Requisitos para las sesiones de telesalud

⚠ A partir del 1 de julio de 2025, los servicios deben prestarse mediante interacción sincrónica en tiempo real (p. ej., por teléfono o video en vivo). Los formatos asincrónicos (p. ej., mensajes de texto, contenido pregrabado) no son reembolsables. La prestación de servicios de telesalud solo se permite para la orientación en el sistema de salud y coordinación de recursos (H0038). La telesalud no está permitida para la promoción y asesoramiento en salud ni para la educación y capacitación en salud. Los servicios grupales de CHW no pueden prestarse ni facturarse por telesalud.

3.3.3.3. Documentación requerida para los servicios de telesalud

Los CHW deben documentar en el registro de servicios todos los siguientes datos:

- El modo de comunicación (p. ej., teléfono, Zoom).
- La ubicación física tanto del CHW como del beneficiario (debe ser en Rhode Island).
- La fecha y hora del servicio.
- Una confirmación de que la interacción fue en vivo y sincrónica.
- La derivación del LPHA vinculada a un diagnóstico documentado.
- Todos los demás campos de los documentos requeridos para los CHW (consulte la Sección 7.8).

El incumplimiento de los requisitos mencionados puede dar lugar a la denegación de la reclamación o la recuperación en auditoría.

3.4. Planificación de la atención con un equipo multidisciplinario y servicios complementarios (hasta el 19 de mayo de 2025)

⚠️ Hasta el 19 de mayo de 2025, los CHW pueden facturar los siguientes servicios:

- Participación en la planificación de la atención multidisciplinaria: Colaboración con equipos clínicos o multidisciplinarios cuando el beneficiario esté presente.
- Servicios complementarios: Coordinación, actividades administrativas o servicios de investigación sin la presencia del beneficiario.

⚠️ A partir del 19 de mayo de 2025, ambos servicios dejarán de estar disponibles, y ya no se permitirá el reembolso según las normas del Programa Medicaid de Rhode Island. Solo los servicios prestados directamente al beneficiario serán elegibles para reembolso. Esta suspensión es coherente con el enfoque de Medicaid RI en la participación directa de los beneficiarios y está en consonancia con los requisitos estatales y federales de integridad del programa.

Se recuerda a los proveedores que conserven toda la documentación de la planificación de la atención y los servicios complementarios durante al menos diez (10) años, de conformidad con la Sección 431.107 del Título 42 del CFR y los requisitos de conservación de documentación del Acuerdo de Proveedor de Medicaid de Rhode Island.

4. Actividades no facturables, servicios no cubiertos y lugar de servicio permitido

Esta Sección describe los límites operativos, programáticos y situacionales para el reembolso de los servicios de CHW en virtud del Programa Medicaid de Rhode Island. Los servicios de CHW deben cumplir con todos los criterios de necesidad médica, autorización del LPHA y documentación adecuada para ser reembolsables. Las actividades de carácter administrativo, que dupliquen otros servicios cubiertos por Medicaid o que se realicen en entornos inapropiados o que no cumplan con las normas no son elegibles para el reembolso.

Las regulaciones federales (Sección 440.130[c] del Título 42 del CFR) exigen que los servicios de CHW sean preventivos y no clínicos, y la política estatal exige que los servicios se presten de acuerdo con la integridad de Medicaid, el alcance del proveedor y los entornos que cumplen con la Ley HIPAA. Se recomienda a los proveedores que revisen esta Sección detenidamente para evitar la facturación indebida, la denegación de reclamaciones o la recuperación de pago.

El reembolso de Medicaid por los servicios de CHW se limita estrictamente a los servicios directos médicamente necesarios, autorizados por un LPHA y prestados a los beneficiarios de Medicaid en entornos aprobados. Se recomienda encarecidamente a los proveedores que consulten este Manual del Programa de CHW y las normas federales y estatales aplicables para garantizar el cumplimiento.

Las actividades no facturables, servicios no cubiertos y lugar de servicio permitido entran en vigor el 19 de mayo de 2025, a menos que se indique explícitamente lo contrario en esta Sección y en la Sección 9.

Toda la documentación de los servicios de CHW debe reunir los siguientes requisitos:

- Demostrar una participación individualizada, vinculando claramente el servicio prestado con la afección o el riesgo del miembro de Medicaid, según lo documentado por un profesional con licencia en artes curativas (LPHA).
- Para los servicios grupales, se debe hacer referencia a un programa de base empírica que sea:
 - Reconocido por las autoridades federales de salud pública (p. ej., CDC, HRSA, SAMSHA).
 - Aprobado formalmente por la EOHHS o desarrollado en colaboración con el Departamento de Salud de Rhode Island (Rhode Island Department of Health, RIDOH), el Departamento de Salud del Comportamiento, Discapacidades del Desarrollo y Hospitales de Rhode Island (Department of Behavioral Healthcare, Developmental Disabilities and Hospitals, BHDDH) o el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (Department of

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Children, Youth, and Families, DCYF) que cumpla con el programa de base empírica.

El uso de materiales no aprobados, sin base empírica o modificados localmente sin la aprobación explícita de la EOHHS o sus agencias afines mediante un proceso de revisión del programa no está permitido para el reembolso de Medicaid y puede dar lugar a la denegación o recuperación de reclamaciones.

4.1. Actividades no facturables

Las siguientes actividades pueden apoyar las operaciones o la planificación de servicios, pero no son facturables en virtud del beneficio de CHW de Medicaid:

- Actividades administrativas y operativas: Estas actividades apoyan las operaciones, pero no constituyen un servicio directo reembolsable para los beneficiarios de Medicaid:
 - Trabajo administrativo general: Revisión de archivos, preparación de materiales, planificación de clases, creación de presentaciones.
 - Costos de materiales y de las instalaciones: Compra o cobertura de gastos como impresión, alquiler de espacio u otros gastos generales no relacionados con el servicio.
 - Documentación y mantenimiento de registros: Tiempo dedicado a notas internas, entrada de datos, informes o registros.

- Tiempo y asistencia no facturables: El tiempo que no se dedica directamente a la participación de un beneficiario en un servicio cubierto no es reembolsable:
 - Tiempo de viaje: Conducción entre centros de servicio, desplazamientos o gastos de viaje relacionados con la prestación de servicios de CHW.
 - Tiempo de inactividad o espera: Esperar a un beneficiario en clínicas, domicilios o centros comunitarios.
 - Asistencia a citas legales o externas: Procedimientos judiciales, legales o relacionados con la vivienda.

- Supervisión y apoyo interno: Las actividades que implican la dotación de personal o la supervisión organizativa no son elegibles para facturación:
 - Supervisión y reuniones de equipo: Reuniones del personal, revisiones internas de casos o supervisión administrativa.
 - Capacitación y desarrollo profesional: Participación en capacitaciones, seminarios web o educación continua (incluso si se requiere para el empleo) o certificación del RICB.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Comunicación general sin necesidad médica: Se excluyen las interacciones que no cumplen con el requisito de Medicaid de necesidad médica o autorización del LPHA:
 - Reuniones de rutina o de contacto social: Conversaciones entre pares, llamadas de bienestar general o llamadas de apoyo sin un propósito específico de salud.
 - Contactos no documentados o no enfocados: Mensajes “para ver cómo está alguien” que no están vinculados a una afección de salud o plan de atención específicos.
 - Servicios de intérprete o traductor (independientes): La traducción no se factura a menos que esté integrada en un servicio de CHW cubierto.
- Orientación sobre beneficios sin vinculación ni aprobación: La orientación sobre beneficios públicos sin un vínculo directo con la necesidad médica o autorización del LPHA no está cubierta.
 - Tareas de orientación no clínicas: Completar solicitudes de SNAP, vivienda o desempleo.
 - Derivaciones a recursos generales sin seguimiento: Proporcionar listas o derivaciones generales sin apoyo personalizado ni documentación de servicios.
- Contacto o participación sin consentimiento: El tiempo dedicado a intentar interactuar con los beneficiarios sin una autorización firmada, consentimiento o contacto previo no es facturable.

4.2. Servicios de CHW no cubiertos

Los siguientes servicios o contextos no son reembolsables en virtud del beneficio de CHW de Medicaid, independientemente de su necesidad médica:

- Servicios que no involucran al beneficiario de Medicaid: Interacciones con familiares, cuidadores u otros profesionales de la salud sin la presencia y participación del beneficiario; actividades que involucran a beneficiarios no cubiertos por Medicaid, inclusive eventos comunitarios generales.
- Actividades que duplican o exceden el alcance de los servicios de CHW: Transporte, asesoramiento sobre la vida o el bienestar no vinculado a una afección diagnosticada, servicios de interpretación o traducción prestados como actividades independientes, consultoría en lactancia, tareas médicas, inclusive medir signos vitales, hacer recados, acompañar a citas médicas y asistir con la inscripción en beneficios.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Algunos ejemplos de servicios clínicos prohibidos fuera del alcance de los servicios de CHW son la medición de signos vitales, la interpretación de análisis de laboratorio, la prestación de consultas médicas, la administración de medicamentos o la realización de evaluaciones físicas. Esos servicios están reservados para profesionales clínicos con licencia.

- Entornos y contextos de servicio excluidos: Entornos de atención institucional, por ejemplo: Residencias de ancianos, hospitales para pacientes hospitalizados, centros de tratamiento residencial; entornos residenciales grupales o de vivienda compartida; programas de habilitación, programas diurnos o entornos de apoyo laboral; escuelas; reservar un tiempo para visitas o actividades que se realizan en estos entornos; servicios grupales que no cumplen con la documentación de necesidad médica individual de cada beneficiario. Consulte la Sección 4.4 de este Manual para obtener más información.
- Coordinación con otros servicios cubiertos: Los servicios de CHW no pueden facturarse simultáneamente con servicios ya cubiertos por programas de Medicaid que brindan administración de casos, cuidado personal o apoyos de habilitación. Los siguientes programas están excluidos:
 - Servicios y apoyos a largo plazo, programas de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, lo que incluye la gestión de casos libre de conflictos.
 - Atención paliativa, centro de enfermería, segmentos de inscripción de Eleanor Slater o Tavares.
 - Servicios que ya se pagan mediante servicios de Medicaid basados en la escuela o la facturación de la Agencia de Educación Local (LEA), que incluye lo siguiente:
 - Reclamaciones directas de servicios de Medicaid para estudiantes.
 - Reclamación administrativa indirecta de Medicaid (MAC) u otra facturación administrativa financiada por Medicaid.
 - Servicios de estabilización domiciliaria.

A fin de hacer cumplir estas exclusiones, las modificaciones del Sistema de Información de Gestión de Medicaid (MMIS) impedirán la facturación simultánea de servicios de CHW según los códigos de programa y segmentos de inscripción aplicables.

- Restricciones del pagador: Medicaid es el pagador de último recurso. Los servicios de CHW no pueden facturarse cuando otra entidad es responsable. Los participantes inscritos en el Programa de Cobertura Total de Salud para Personas de la Tercera Edad (PACE) no son elegibles para la facturación de CHW de Medicaid bajo la modalidad FFS ni la atención administrada; PACE opera bajo un modelo integral

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

por capitación, y los servicios preventivos se administran a través de la Organización PACE de Rhode Island.

4.3. Disposición especial: Excepción para la interacción con pediatras y familiares

En los casos en que el beneficiario de Medicaid sea menor de edad (hasta 18 años) o una persona que requiera el apoyo de un cuidador debido a necesidades médicas o de desarrollo, la interacción de los CHW con familiares o cuidadores podrá ser permitida únicamente en los siguientes casos:

- La interacción es médicamente necesaria y está directamente relacionada con una afección de salud documentada.
- El servicio está autorizado por un practicante autorizado de las artes curativas (LPHA) con licencia en Rhode Island.
- La documentación demuestra claramente que el servicio benefició al beneficiario de Medicaid, incluso si la interacción fue con uno de los padres, un tutor u otro cuidador.

Las actividades de interacción con la familia deben estar directamente relacionadas con la promoción de los objetivos médicos documentados o el plan de atención del beneficiario y no deben incluir apoyo general del cuidador, asesoramiento independiente ni servicios de interacción social no relacionados con la necesidad médica. Los servicios deben estar debidamente autorizados, documentados y supervisados de acuerdo con los estándares de integridad del Programa Medicaid.

Esta concesión es coherente con los requisitos de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) descritos en la Sección 1396d(r) del Título 42 del USC, que exige que los servicios de Medicaid corrijan o mejoren las condiciones físicas, emocionales o del desarrollo de los menores elegibles. Además, las pautas de los CMS permiten los servicios dirigidos por el cuidador cuando sean necesarios en función de los resultados de salud de un beneficiario de Medicaid.

4.4. Lugar de servicio permitido para los servicios de CHW

Los servicios de CHW solo se pueden facturar cuando se prestan en entornos adecuados que cumplen con la Ley HIPAA, garantizan la privacidad, respaldan la necesidad médica y cumplen con los estándares de documentación y derivación según lo exigen las reglamentaciones de Medicaid.

4.4.1. *Entornos permitidos y no permitidos para los servicios de CHW*

Entornos permitidos:

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Entornos clínicos: Clínicas de atención primaria, centros de salud conductual ambulatorios, centros de salud calificados federalmente (FQHC) y otros consultorios médicos que cumplen con la HIPAA.
 - Entornos comunitarios: Refugios para personas sin hogar, bibliotecas y consultorios privados dentro de organizaciones comunitarias donde se pueda garantizar la privacidad de la HIPAA.
 - Vivienda del beneficiario: Apartamentos, viviendas de transición u otros alojamientos temporales (consulte la Sección 4.4.2 para conocer los requisitos adicionales para los servicios de CHW prestados en la vivienda del beneficiario).
 - Entornos virtuales exclusivos para orientación en el sistema de salud: ⚠️ A partir del 1 de julio de 2025, los servicios de CHW clasificados como orientación en el sistema de salud y coordinación de recursos (H0038) podrán prestarse mediante telesalud sincrónica, lo que incluye comunicación solo por audio. Se deben cumplir las siguientes condiciones:
 - Tanto el beneficiario como el CHW deben estar ubicados en el estado de Rhode Island al momento de la prestación del servicio.
 - Los servicios deben prestarse en tiempo real mediante una plataforma que cumpla con la HIPAA.
 - El servicio debe estar autorizado por un LPHA y claramente documentado.
 - Se deben cumplir todos los requisitos de la documentación de telesalud, según se describe en la Sección 3.3.3.
- ⚠️ A partir del 1 de julio de 2025, la telesalud no está permitida para los servicios de promoción y asesoramiento en salud ni de educación y capacitación en salud.

Entornos no permitidos:

- Escuelas: Incluye aulas de nivel inicial, primario y secundario, instituciones de educación superior, universidades y entornos extracurriculares.
- Lugar de trabajo del beneficiario: Los servicios en el lugar de trabajo plantean inquietudes relacionadas con la privacidad y el empleo.
- Durante viajes o en tránsito: El tiempo de viaje nunca se factura. El tiempo dedicado a desplazarse, conducir, viajar con un beneficiario o acompañarlo en un automóvil, una camioneta o un autobús no es reembolsable.
- Entornos de atención institucional: Residencias de ancianos, centros de tratamiento residencial, centros de cuidados intermedios (ICF), hogares

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

grupales o residencias de vida compartida, programas diurnos, centros de habilitación diurna o talleres protegidos.

- Áreas públicas o de acceso abierto: Espacios donde no se puede garantizar la privacidad según la HIPAA, como paradas de autobús, estaciones de tren, parques, cafeterías, centros comerciales, salas comunitarias abiertas o sin divisiones y áreas de espera sin asientos privados.
- Entornos correccionales, de detención o carcelarios: Los servicios prestados en cárceles, prisiones o centros de detención no son elegibles a menos que se realicen en el marco de una exención específica. Los servicios de CHW se suspenden durante el encarcelamiento y no son elegibles para el reembolso de Medicaid.
- Salas de emergencia u hospitales para pacientes hospitalizados: Los CHW no pueden prestar servicios durante las hospitalizaciones ni en las salas de emergencias mientras la persona esté bajo supervisión clínica, a menos que el CHW forme parte de un equipo hospitalario certificado y que los servicios sean claramente independientes y no se dupliquen, ni formen parte de una tarifa hospitalaria combinada con un pago por capitación.
- Entornos y servicios ya cubiertos por otro programa designado por Medicaid: Programas, como los centros PACE o los entornos institucionales de atención a largo plazo administrada, donde la coordinación de la atención ya está integrada en las tarifas combinadas. Los CHW pueden prestar servicios en esas ubicaciones alternativas, pero no se pueden facturar de forma independiente a través de las tarifas combinadas.
- Entornos virtuales sin documentación: Los servicios de CHW prestados por teléfono o telesalud deben cumplir con exigencias estrictas de documentación, necesidad médica y derivación de un LPHA para ser elegibles para reembolso. La telesalud solo se permite para la orientación en el sistema de salud y coordinación de recursos (H0038); la promoción y asesoramiento en salud, y la educación y capacitación en salud deben brindarse en persona. La telesalud anónima, sin cita previa o asincrónica (por ejemplo, mensajes de texto, grabaciones de video) y los servicios grupales a través de telesalud no son reembolsables.

Todos los servicios de CHW deben prestarse en entornos que garanticen el cumplimiento de las normas de privacidad de la HIPAA y los requisitos de documentación de Medicaid.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

4.4.2. *Normas de seguridad y protección de los beneficiarios para servicios domiciliarios de CHW*

Los CHW deben cumplir estrictamente con las siguientes normas de seguridad, documentación, supervisión y protección de los beneficiarios al prestar servicios domiciliarios. Estas normas garantizan la seguridad de los beneficiarios, la integridad del programa y el cumplimiento de los requisitos regulatorios de Medicaid.

Los CHW deben cumplir con los siguientes requisitos si los servicios se prestan en un entorno domiciliario:

- Identificación obligatoria: Los CHW deben mostrar siempre una identificación con foto válida en todo momento durante las visitas domiciliarias emitidas por la organización afiliada. Las identificaciones deben incluir, como mínimo, los siguientes datos:
 - Nombre y apellido del CHW.
 - Organización proveedora afiliada.
 - Fecha de vencimiento.
 - Número de contacto directo de la organización proveedora afiliada para fines de verificación.
- Programación de visitas a domicilio y consentimiento del beneficiario: Los servicios domiciliarios de CHW deben ofrecerse únicamente a solicitud del beneficiario o con su consentimiento explícito. La opción de recibir servicios domiciliarios de CHW debe ser voluntaria y basarse en la preferencia del beneficiario, no únicamente determinada o iniciada por el proveedor.

Una vez que un beneficiario elige recibir servicios en el hogar:

- Los CHW deben programar todas las visitas domiciliarias con anticipación y obtener el consentimiento documentado del beneficiario (o el tutor/cuidador) para cada visita.
- Los CHW deben confirmar la cita con al menos un (1) día de anticipación y comunicar claramente lo siguiente:
 - Fecha y hora de la visita programada.
 - Propósito y duración prevista de la visita.
 - Nombre del CHW que realizará la visita.
 - Información de contacto para cancelación o reprogramación.

Las visitas domiciliarias no pueden realizarse como órdenes permanentes ni programarse automáticamente a menos que el beneficiario haya solicitado

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

afirmativamente visitas domiciliarias recurrentes y que dicha solicitud esté claramente documentada en el expediente del caso.

- Requisitos de verificación y documentación de visitas: Los CHW deben mantener una documentación precisa y oportuna de todas las visitas domiciliarias, que incluya los siguientes datos:
 - Fecha exacta, hora de inicio y hora de finalización de la visita.
 - Firma del beneficiario (o representante autorizado) para verificar que se completó la visita.
 - Dirección/ubicación específica de cada visita.
 - Descripción clara de las actividades realizadas, los servicios prestados y las interacciones con el beneficiario.
 - Vínculo directo con la derivación de LPHA y la documentación clínica que respalde la necesidad médica

- Supervisión y monitoreo organizacional: Las organizaciones proveedoras deben monitorear y auditar regularmente las visitas domiciliarias, lo que incluye realizar auditorías aleatorias periódicas o contactos de verificación de beneficiarios.

- Derechos de los beneficiarios y requisitos de denuncias: Los proveedores deben comunicar claramente los derechos de los beneficiarios, entre ellos:
 - Derecho a rechazar, pausar o interrumpir una visita domiciliaria sin penalización.
 - Derecho a solicitar un CHW diferente o a cambiar de organización proveedora sin interrumpir los beneficios de Medicaid.
 - Derecho a contar con instrucciones y recursos claros para denunciar inquietudes, quejas, problemas de seguridad o comportamiento inapropiado por parte de los CHW.

- Las organizaciones deben mostrar y distribuir de forma visible los canales de denuncia y la información de contacto a los beneficiarios durante una visita domiciliaria, junto con la siguiente información:
 - Unidad de Integridad del Programa de la EOHHS.
 - Unidad de Control contra Fraude a Medicaid (MFCU).
 - Servicios de protección de adultos, Servicios de protección infantil del DCYF, Servicios de protección del BHDDH u otras entidades de denuncia de seguridad pertinentes para denunciar negligencia y abuso.

- Los CHW deben obtener y documentar el consentimiento para ingresar al entorno domiciliario cada vez que realicen una visita domiciliaria.

- Capacitación obligatoria para CHW, obligaciones de denuncia y protocolos de seguridad y emergencia: Todos los CHW que realizan visitas

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

domiciliarias deben recibir capacitación inicial y anual que aborde los siguientes aspectos:

- Procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias durante las visitas domiciliarias.
 - Ética profesional, normas de privacidad de la HIPAA y límites profesionales claramente definidos.
 - Identificación, prevención y obligaciones de denuncia obligatoria relacionadas con abuso, negligencia, explotación o condiciones inseguras detectadas durante las visitas domiciliarias.
- Las organizaciones deben establecer protocolos claros de respuesta ante emergencias para los CHW que realizan visitas domiciliarias, entre ellos:
 - Procedimientos de denuncia inmediata de condiciones inseguras o preocupantes detectadas en el hogar.
 - Listas de contactos de emergencia y procesos internos de recurso a la instancia jerárquica superior.
 - Notificación inmediata de incidentes o problemas de seguridad a las autoridades supervisoras y reguladoras correspondientes.

El incumplimiento de cualquiera de estos estándares puede dar lugar a la denegación de reclamaciones, la cancelación de la afiliación del proveedor, sanciones administrativas o la derivación a las entidades pertinentes.

5. Requisitos de certificación para CHW de Medicaid de Rhode Island

Para ser elegible para el reembolso de Medicaid, los servicios de CHW deben ser prestados por personas certificadas por el Consejo de Certificación de Rhode Island (RICB) y que estén inscritas en Medicaid de Rhode Island de acuerdo con las normas del programa. Los CHW también deben cumplir con todos los requisitos de acreditación y cumplimiento establecidos por la EOHHS y cualquier norma y reglamentación aplicable para las organizaciones de atención administrada (MCO) o entidades delegadas si la EOHHS transfiere los servicios de CHW como un beneficio en el marco de las MCO.

El incumplimiento de los requisitos de certificación o inscripción dará como resultado la inelegibilidad del CHW para prestar o facturar servicios de CHW en virtud del Programa Medicaid de Rhode Island.

El incumplimiento de los requisitos de certificación o inscripción dará como resultado la inelegibilidad para prestar o facturar servicios de CHW y puede someter al CHW o a la organización proveedora a recuperaciones, desestimaciones o hallazgos de auditoría.

5.1. Requisitos y plazos de certificación individual

5.1.1. *Estándares de certificación de CHW del RIBC*

Los servicios de CHW solo pueden ser prestados por personas que reúnan las siguientes características:

- Cuentan con la certificación vigente del RIBC como CHW.
- Están inscritas en un plan de certificación transitoria, válido solo hasta el 18 de mayo de 2025 (consulte la Sección 5.1.2).

5.1.2. *Discontinuación de la certificación transitoria*

La certificación transitoria es una designación temporal para las personas que reúnen los siguientes requisitos:

- Están inscritas en un programa de capacitación o plan de certificación aprobado por el RIBC.
- Están afiliadas a una organización proveedora inscrita en Medicaid.
- Están trabajando activamente para cumplir con los requisitos de certificación del RIBC.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

⚠ *Vencimiento de la certificación transitoria:* El proceso de transición finaliza el 19 de mayo de 2025 para los CHW que aún no están inscritos en Medicaid RI. Los CHW inscritos activamente bajo el estatus transitorio al 19 de mayo de 2025 deben obtener la certificación completa del RICB a más tardar el 1 de octubre de 2025. El incumplimiento de dicho plazo dará como resultado la cancelación de la inscripción, la inelegibilidad para el reembolso de Medicaid y posibles desestimaciones del proveedor. Solo los CHW completamente certificados podrán facturar servicios a Medicaid después de esa fecha, a menos que se apruebe explícitamente en la exención para los CHW actualmente inscritos, según la disposición que se indica a continuación.

5.2. Proveedores de CHW organizacionales

5.2.1. Responsabilidades de los proveedores

Las organizaciones como proveedores de atención primaria, agencias de salud conductual, organizaciones comunitarias y hospitales inscritos en Medicaid RI pueden presentar reclamaciones por los servicios de CHW prestados por personal de CHW certificado.

Los proveedores de CHW organizacionales son responsables de lo siguiente:

- Asegurarse de que todos los CHW estén completamente certificados o inscritos en un plan de certificación transitoria válido (hasta el 1 de octubre de 2025);
- Evitar la facturación de CHW no certificados o no elegibles.
- Asegurarse de que los CHW operen dentro de su ámbito autorizado.
- Mantener registros de certificación actualizados para todos los CHW.
- Poner los registros a disposición de la EOHHS, el intermediario fiscal (FI), las MCO o las entidades delegadas cuando los soliciten.

El incumplimiento puede dar lugar a desestimaciones, recuperaciones o hallazgos de auditoría.

5.2.2. Mantenimiento de la certificación e inscripción en Medicaid

Los CHW son responsables de lo siguiente:

- Mantener una certificación del RICB activa y válida.
- Renovar las credenciales según lo exija el RICB.
- Notificar al proveedor, el FI o la MCO si su certificación caduca o es revocada.

Los proveedores organizacionales son responsables de lo siguiente:

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Suspender de inmediato la facturación de cualquier CHW que pierda su certificación.
- Eliminar de las listas de facturación a los CHW no elegibles.
- Cooperar con las auditorías de certificación e inscripción.

5.2.3. *Requisitos de afiliación de los CHW (⚠️ A partir del 1 de octubre de 2025)*

⚠️ A partir del 1 de octubre de 2025, todos los CHW tendrán las siguientes responsabilidades:

- Estar afiliados a un grupo u organización inscritos en Medicaid.
- Obtener un Identificador Nacional de Proveedor (NPI) (a través del sistema NPPES en <https://nppes.cms.hhs.gov>).
- Completar la inscripción en el intermediario fiscal (FI) de Medicaid a través de un grupo de facturación o una entidad delegada.

Los CHW que no tengan un proveedor de Medicaid afiliado después de esa fecha serán dados de baja y se considerarán no elegibles para prestar servicios de CHW en el marco del Programa Medicaid de Rhode Island.

Este requisito de afiliación promueve la responsabilidad clínica, mejora la integración en los sistemas de prestación de atención médica administrada y refuerza la supervisión para garantizar la prestación de servicios de CHW de alta calidad.

6. Requisitos de inscripción de proveedores

A fin de ser elegibles para el reembolso de Medicaid, todos los trabajadores comunitarios de la salud (CHW) deben estar inscritos activamente en el Programa Medicaid de Rhode Island, de acuerdo con las directrices federales y estatales. Según lo exige la Sección 5005(b)(2) de la Ley de Curas del Siglo XXI (21st Century Cures Act) (Ley Pública 114-255), todos los proveedores, incluidos los CHW, deben ser evaluados e inscritos por la Agencia Estatal de Medicaid (SMA), independientemente de si las reclamaciones se facturan mediante el sistema de pago por servicio (FFS) o atención médica administrada.

Este requisito de inscripción también se aplica a los proveedores actualmente inscritos en Medicaid que deseen comenzar a ofrecer servicios de CHW. Se requiere una inscripción por separado para el tipo de proveedor CHW.

Las organizaciones no están obligadas a estar certificadas, pero deben asegurarse de que todo el personal de CHW cumpla con los requisitos de certificación del RICB, verificación de antecedentes penales e inscripción.

6.1. Principales plazos de cumplimiento para la inscripción de proveedores para CHW

Requisito	Fecha límite	A quién se aplica
Certificación del RICB (CHW recién inscritos)	19 de mayo de 2025	Todos los CHW que presten servicios facturables deben estar completamente certificados por el RICB, a menos que se encuentren en el estado de certificación transitoria aprobada.
Verificación de antecedentes penales nacionales (NCBC)	23 de mayo de 2025	Todos los CHW (nuevos o en proceso de revalidación).
Fecha límite para la certificación transitoria del RICB	1 de octubre de 2025	Todos los CHW inscritos en el estatus transitorio deben tener la certificación completa del RICB. Deben haberse inscrito antes del 19 de mayo de 2025 en esta categoría.
Identificador Nacional de Proveedor (NPI)	1 de octubre de 2025	Todos los CHW (deben solicitarlo directamente, no se permiten NPI temporales).

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Requisito de afiliación grupal para CHW	1 de octubre de 2025	Los CHW deben estar bajo una entidad inscrita y aprobada por Medicaid.
---	----------------------	--

6.2. Requisito de Identificador Nacional de Proveedor (NPI)

Los CHW deben obtener un NPI válido a través del Sistema de Enumeración de Planes y Proveedores Nacionales (NPPES). Los NPI son gratuitos y obligatorios para los proveedores de CHW de Medicaid según la legislación federal.

Para solicitar un NPI:

- Visite <https://nppes.cms.hhs.gov>
- Seleccione “Apply for an NPI” (Solicitar un NPI).
- Elija “Individual Provider” (Proveedor individual).
- Utilice el código de taxonomía 172V00000X (trabajador comunitario de la salud).

Los CHW también deben asegurarse de que cualquier cambio en su nombre, ubicación del consultorio o información de contacto se actualice de inmediato en el sistema NPPES para cumplir con los requisitos de inscripción de Medicaid.

6.3. Inscripción en el Portal de salud de Medicaid RI

Los CHW deben inscribirse a través del Portal de proveedores de salud de Medicaid RI: <https://www.riproviderportal.org>

6.3.1. Proceso de inscripción hasta septiembre de 2025:

Hasta septiembre de 2025, los CHW que se inscriban en Medicaid deben utilizar la siguiente configuración:


- Tipo de proveedor: Proveedor de Medicaid RI: Facturación de reclamaciones directamente a Medicaid RI
- Tipo de inscripción: “Atípico” ⚠️ A partir del 30 de septiembre de 2025, los CHW que se inscriban en la categoría *s enrolling under the* “Atípico” no tienen la obligación de enviar un código de taxonomía. El requisito del código de taxonomía específico para los CHW comenzará el 1 de octubre de 2025.
- Documentos que deben cargarse:
 - Formulario W-9.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Documentación de certificación o estatus transitorio de CHW.

El tipo de inscripción “Atípico” ya no se aceptará para nuevos CHW solicitantes después de la fecha indicada.


Nota: Se recomienda encarecidamente que los CHW presenten su NPI antes del 1 de octubre de 2025, pero no es obligatorio hasta esa fecha. A partir del 1 de octubre de 2025, los proveedores de CHW deben estar afiliados a un grupo de proveedores de facturación inscrito en Medicaid que tenga un NPI Tipo 2 válido. Los CHW individuales deben estar inscritos en un NPI Tipo 1.

6.3.2.  *Transición de la inscripción a partir del 1 de octubre de 2025:*

A partir del 1 de octubre de 2025, todas las inscripciones de CHW deben utilizar el tipo de inscripción “CHW” en el Portal de proveedores de Medicaid. El tipo de inscripción “Atípico” ya no se aceptará para las inscripciones de CHW después de esa fecha.

El FI de Medicaid actualizará la funcionalidad del portal para septiembre de 2025 a fin de admitir este nuevo tipo de inscripción y satisfacer los requisitos de cumplimiento adicionales, como se describe en la Sección 6.3.3.

6.3.3. *Reinscripción obligatoria antes del 1 de octubre de 2025:*

 Todos los CHW inscritos en la categoría “Atípico” deben presentar una nueva solicitud de inscripción al intermediario fiscal de Medicaid a más tardar el 1 de octubre de 2025 para continuar prestando o facturando servicios de CHW en el marco de Medicaid.

Esta reinscripción debe incluir lo siguiente:

- Una certificación válida de CHW emitida por el Consejo de Certificación de Rhode Island (RICB).
- Una verificación de antecedentes penales nacionales (NCBC) completa.
- Un Identificador Nacional de Proveedor (NPI) activo registrado en el Sistema de Enumeración de Planes y Proveedores Nacionales (NPPES).

Todos los CHW deben obtener y poseer un NPI activo antes de presentar su solicitud de reinscripción, cuya fecha límite es el 1 de octubre de 2025. El incumplimiento de estos requisitos previos antes del 1 de octubre de 2025 dará como resultado retrasos o denegaciones de la inscripción. Consulte la Sección 6.4 para obtener más detalles sobre este requisito.

6.3.4. *Requisito de declaración para los requisitos de afiliación organizacional*

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Las personas previamente inscritas como un proveedor “Atípico” no pueden reinscribirse únicamente mediante la solicitud y declaración en su propio nombre. En cambio, la organización proveedora inscrita en Medicaid debe presentar la solicitud de inscripción en nombre del CHW individual, que incluya una Declaración de Afiliación firmada que confirme el vínculo entre el CHW y la organización. Las organizaciones que deseen agregar más CHW deben utilizar el proceso de solicitud en papel designado: [Adición de miembros a una solicitud de inscripción grupal existente](#). Las organizaciones proveedoras son responsables de presentar la Declaración de Afiliación firmada como parte del proceso de inscripción de grupos de CHW. El FI verificará que cada CHW incluido en el formulario de inscripción cuente con una declaración válida en los archivos de la organización. El FI no recopila directamente las declaraciones; eso es responsabilidad de la organización que realiza la inscripción.

6.4. Requisitos para la verificación de antecedentes penales nacionales (NCBC)

⚠️ A partir del 22 de mayo de 2025, todos los CHW deben completar una verificación de antecedentes penales nacionales (NCBC) respaldada por huellas dactilares como condición para la inscripción o reinscripción en el FI. Dicha verificación se utilizará para evaluar la idoneidad de una persona para participar en el Programa Medicaid. Los CHW se clasifican como proveedores de “alto riesgo” y deben asegurarse de cumplir con los requisitos de verificación de antecedentes o con una exención por conducta intachable aprobada por la EOHHS según se describe en la Sección 6.5.

La verificación de antecedentes de la NCBC se utilizará para evaluar la idoneidad del CHW para participar en el Programa Medicaid, de conformidad con la legislación estatal y los requisitos de integridad del programa. Las NCBC tienen una validez de cinco (5) años.

Las verificaciones de antecedentes son esenciales para proteger a los beneficiarios de Medicaid y garantizar que los CHW cumplan con estándares uniformes de profesionalismo, ética y seguridad pública.

6.4.1. ¿Cómo obtener una NCBC?

Los CHW deben obtener su NCBC inscribiéndose en la FI. Dicha inscripción generará una autorización para la toma de huellas dactilares en la Oficina del Fiscal General de Rhode Island.

- Sitio web: <https://riag.ri.gov/i-want/get-background-check>

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Costo: \$45 más gastos de procesamiento.

6.5. Proceso de revisión de conducta intachable

Los CHW desempeñan un papel de confianza en la prestación de los servicios financiados por Medicaid. Para proteger el bienestar de los beneficiarios y, al mismo tiempo, promover el acceso equitativo a las oportunidades laborales, la EOHHS puede permitir que los solicitantes que hayan cometido determinados delitos no descalificadores se sometan a un proceso de revisión de conducta intachable (GMC).

Este proceso está dirigido a personas que se encuentran en las siguientes circunstancias:

- Tienen cargos por delitos menores o graves anteriores, no violentos o relevantes.
- Han dado pruebas de rehabilitación, cumplimiento de obligaciones legales o servicio comunitario.
- No están sujetos a la descalificación automática, como se describe en la Sección 6.5.1.

6.5.1. *Matriz de descalificación de la NCBC para CHW de Rhode Island y cualificaciones de conducta intachable*

La siguiente tabla describe si un CHW que tenga registrado un delito en su verificación de antecedentes de la NCBC es elegible para inscribirse como CHW en el Programa Medicaid RI:

Tipo de delito	Descalificación obligatoria	Prohibición condicional o por tiempo limitado	Notas
Maltrato, negligencia o explotación	Sí	–	Exclusión permanente; no se permite exención
Condena por delito grave con violencia	Sí	–	Incluye homicidio, agresión sexual o explotación
Fraude de atención médica o abuso de Medicaid	Sí	–	Prohibición permanente de todos los programas de salud de EE. UU.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Tipo de delito	Descalificación obligatoria	Prohibición condicional o por tiempo limitado	Notas
Cargos pendientes por delitos graves	Sí	Suspensión temporal de la inscripción	Inscripción suspendida hasta la resolución legal; la decisión final se basa en la sentencia
Delito grave por robo o delitos contra la propiedad (no violentos)	No	Sí, 5 años después de la condena	Posible revisión de GMC; debe demostrar rehabilitación y ausencia de conductas recurrentes
Delito grave por posesión o venta de drogas	No	Sí, 5 años después de la condena	Es posible la revisión de GMC con prueba de rehabilitación y ausencia de nuevos delitos
Delito menor por violencia doméstica	No	Sí: 5 años	Puede requerir supervisión o monitorización clínica
Delito menor por robo o delitos contra la propiedad (no violentos)	No	Sí, 3 años después de la resolución	Revisión caso por caso; debe demostrar ausencia de incidentes recurrentes
Infracciones de tránsito o por conducir bajo los efectos del alcohol o las drogas (DUI)	No	Caso por caso	Puede permitirse si no está relacionado con la prestación directa de servicios

La EOHHS se reserva el derecho de revisar toda la información de antecedentes caso por caso, inclusive las pruebas de rehabilitación, el tiempo transcurrido desde que se cometió el delito y la naturaleza de las funciones del CHW. Dicha revisión se ajustará al proceso de revisión de conducta intachable, descrito en la Sección 6.5.2.

6.5.2. Proceso de revisión de conducta intachable

Los CHW desempeñan un papel de confianza en la prestación de los servicios financiados por Medicaid. Para proteger el bienestar de los beneficiarios y, al mismo tiempo, promover el acceso equitativo a las oportunidades laborales, la EOHHS puede permitir que los solicitantes que hayan cometido determinados delitos no

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

descalificadores se sometan a un proceso de revisión de conducta intachable (GMC).

Este proceso está dirigido a personas que se encuentran en las siguientes circunstancias:

- Tienen cargos por delitos menores o graves anteriores, no violentos o relevantes.
- Han dado pruebas de rehabilitación, cumplimiento de obligaciones legales o servicio comunitario.
- No están sujetos a la descalificación automática, como se describe en la Sección 6.5.1.

6.5.3. Elegibilidad para la revisión

Una persona puede solicitar una revisión de GMC si se cumplen todos los siguientes criterios:

- El delito descalificador ocurrió hace más de tres (3) años.
- La persona no ha cometido nuevos delitos desde su resolución.
- El delito figura como “permitido condicionalmente” en la matriz de descalificación de la NCBC (Sección 6.5.1).

6.5.4. Documentación obligatoria

Los solicitantes deben presentar los siguientes documentos para la revisión de GMC:

- Una declaración personal que explique el delito, las medidas de rehabilitación y la superación personal desde entonces.
- Dos (2) cartas de recomendación, una de ellas de un profesional (empleador, educador, mentor).
- Constancia de cumplimiento de la libertad condicional, restitución u otras condiciones impuestas por el tribunal (si corresponde).
- Certificados de capacitación, experiencia laboral o participación comunitaria.

6.5.5. Panel de revisión y proceso de decisión

Las revisiones son realizadas por un panel de revisión de la EOHHS designado.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

La decisión se emite dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la presentación, o, en caso de demorarse, se proporciona una explicación.

Posibles resultados para los solicitantes:

- Aprobados para la inscripción, con condiciones de supervisión o sin ellas.
- Rechazados con una explicación por escrito. Los solicitantes pueden presentar una apelación de la decisión dentro de los treinta (30) días calendario.

Si no se presenta una apelación, se puede presentar una nueva solicitud de revisión después de doce (12) meses a partir de la fecha de la denegación.

6.5.6. Limitación

Las personas condenadas por maltrato, negligencia o explotación, fraude de atención médica o delitos graves con violencia siguen sin ser elegibles y no pueden someterse a la revisión de GMC.

La EOHHS se reserva el derecho de revocar la aprobación si surge nueva información que las descalifique.

6.5.7. Autoridad final

La decisión de la EOHHS sobre la conducta intachable es definitiva y se basa en lo siguiente:

- Protección de los beneficiarios de Medicaid.
- Integridad de la fuerza laboral de CHW.
- Cumplimiento de los requisitos de supervisión estatales y federales.

6.6. Inscripción del socio comercial en el intermediario fiscal (FI).

Los CHW y sus organizaciones afiliadas deben obtener un número de socio comercial (TPID) únicamente si pretenden facturar servicios a Medicaid en el marco del modelo de pago por servicio (FFS). Las organizaciones que facturan exclusivamente a través de organizaciones de atención médica administrada (MCO) no están obligadas a obtener un TPID. Todas las actividades de facturación, autorización previa y reembolso deben gestionarse a nivel organizacional, y los CHW individuales ya no están obligados ni autorizados a tener o utilizar un TPID.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Pasos:

1. Visite <https://www.riproviderportal.org/hcp/provider/Home/TradingPartnerEnrollment>
2. Haga clic en “Click Here to Enroll” (Haga clic aquí para inscribirse).
3. Complete todos los campos obligatorios: Nombre, identificación fiscal/SSN, información de contacto, tipo de proveedor: Trabajador comunitario de la salud
4. Seleccione las transacciones X12: 837P (Profesional), 999 (Reconocimiento)
5. Acepte el Acuerdo de Socio Comercial.
6. Guarde el número de seguimiento y envíe la información.
7. Después de completar la inscripción, los proveedores deben registrar su número de socio comercial en el Portal de proveedores de salud de RI para presentar reclamaciones. Para obtener instrucciones paso a paso, visite <https://eohhs.ri.gov/providers-partners/billing-and-claims>

6.7. Tarifas de solicitud para proveedores

La EOHHS exige que las organizaciones proveedoras de CHW paguen las tarifas de solicitud como parte del proceso de inscripción en Medicaid. Las tarifas de solicitud se establecen de acuerdo con las regulaciones federales y estatales para cubrir el costo de la evaluación de proveedores, la verificación de la inscripción y las medidas de integridad del programa. Las tablas de tarifas actualizadas y las directrices específicas sobre las formas de pago aceptables estarán disponibles en el sitio web de Medicaid de Rhode Island antes del nuevo período de inscripción, que comienza en septiembre de 2025. Los proveedores son responsables de verificar regularmente si hay actualizaciones y garantizar el cumplimiento de todos los requisitos relacionados con las tarifas antes de enviar sus solicitudes de inscripción. El incumplimiento del pago de las tarifas requeridas provocará demoras o denegaciones de la inscripción.

7. Requisitos de facturación y reembolso a proveedores

A fin de ser elegibles para el reembolso de Medicaid, los servicios de los trabajadores comunitarios de la salud (CHW) deben estar debidamente autorizados, ser médicamente necesarios y facturarse de conformidad con las reglamentaciones y directrices de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive Office of Health and Human Services, EOHHS), la Sección 1902(a)(27) de la Ley del Seguro Social (Social Security Act), la Parte 455 del Título 42 del CFR y las leyes estatales

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

aplicables de Rhode Island, inclusive la Sección 42-7.2 de las Leyes Generales de Rhode Island (R.I. Gen. Laws).

Esta sección describe las políticas de facturación actuales, los plazos de transición a los códigos actualizados, los límites de servicio y las expectativas éticas y operativas. Todas las reclamaciones deben reflejar los servicios efectivamente prestados, documentarse con precisión y presentarse de acuerdo con las normas de integridad de Medicaid para prevenir el fraude, desperdicio y abuso.

De acuerdo con estas leyes y regulaciones, los proveedores de CHW deben cumplir con las siguientes reglamentaciones:

- Sección 1902(a)(27) de la Ley del Seguro Social (Social Security Act): Conservar y divulgar registros de los servicios prestados en el marco de Medicaid cuando se les solicite.
- Sección 455.2 del Título 42 del CFR: Cumplir con las definiciones y prohibiciones federales sobre fraude, desperdicio y abuso en los programas de Medicaid.
- Subparte E de la Parte 455 del Título 42 del CFR: Completar la inscripción y evaluación de proveedores, y cumplir con los requisitos de divulgación.
- Sección 42-7.2 de las Leyes Generales de Rhode Island (R.I. Gen. Laws): Cumplir con las actividades de supervisión, auditoría e integridad realizadas por la EOHHS en Rhode Island.

El incumplimiento de estos requisitos puede dar lugar a indemnizaciones, sanciones, la cancelación de la afiliación del proveedor, responsabilidad civil conforme a la Ley de Reclamaciones Falsas (False Claims Act) y/o enjuiciamiento penal a través de la Oficina de Integridad del Programa Medicaid de Rhode Island (PI) y/o la Unidad de Control contra Fraude a Medicaid (MFCU) del Fiscal General de Rhode Island.

⚠ Descargo de responsabilidad: Este Manual del Programa de CHW tiene fines meramente informativos y no constituye asesoramiento en materia legal, de facturación ni de cumplimiento normativo. No reemplaza la necesidad de que los proveedores y las organizaciones consulten con profesionales cualificados en facturación, derecho o cumplimiento normativo de Medicaid. **Los proveedores son responsables de garantizar que todas las reclamaciones presentadas al Programa Medicaid de Rhode Island cumplan con los requisitos estatales y federales aplicables, inclusive los estándares de documentación, codificación y necesidad médica. Los errores, las omisiones o el hecho de basarse únicamente en este documento pueden dar lugar a la denegación de reclamaciones, auditorías o acciones de recuperación.**

7.1. Verificación de la elegibilidad del beneficiario

Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid

Los CHW deben verificar la elegibilidad del beneficiario para Medicaid en *cada una* de las fechas de servicio mediante el Portal de salud de Medicaid de Rhode Island (HCP), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

A partir del 19 de mayo de 2025, el reembolso se limita a los servicios que cumplen con los siguientes criterios:

- Se prestan en tiempo real al beneficiario de Medicaid.
- Son médicamente necesarios, según la derivación de un profesional con licencia en artes curativas (LPHA).
- Están claramente documentados y vinculados a un diagnóstico pertinente.

7.1.1. Requisitos importantes para el cumplimiento de la verificación de la elegibilidad del beneficiario

A modo de recordatorio, es importante que los CHW y los proveedores de facturación organizacional tengan en cuenta lo siguiente para garantizar el cumplimiento adecuado de la facturación con las normas del Programa Medicaid de Rhode Island:

- No se permiten solicitudes de elegibilidad retroactivas ni derivaciones antedatadas. Los CHW y los proveedores deben verificar la elegibilidad del beneficiario para Medicaid antes de prestar cualquier servicio.
- Los servicios prestados a personas que no están inscritas activamente en Medicaid RI en el momento del servicio no son reembolsables, ni siquiera si obtienen elegibilidad posteriormente.
- Todos los servicios de CHW deben ser autorizados previamente por un LPHA.
- Las actividades exclusivamente administrativas, como la incorporación, la orientación, la evaluación de elegibilidad o la evaluación general de antecedentes, no se facturan por separado en virtud del beneficio de CHW de Medicaid, independientemente de la documentación.

Estos requisitos respaldan el cumplimiento de Medicaid de Rhode Island con las Secciones 447.45 y 455.2 del Título 42 del CFR y las normas estatales de integridad, lo que garantiza que los servicios de CHW estén médicamente justificados, debidamente autorizados y se presten a los beneficiarios que se encuentren activamente inscritos.

7.2. Pautas para la presentación oportuna de reclamaciones

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

A fin de recibir el reembolso de Medicaid por servicios de CHW, los proveedores deben presentar las reclamaciones de acuerdo con las Políticas de presentación oportuna establecidas por la EOHHS y las regulaciones federales de Medicaid.

Se aplican diferentes plazos según el modelo de prestación (FFS o MCO/entidad delegada).

7.2.1. Requisitos de plazos de presentación

La siguiente tabla describe los plazos de presentación de reclamaciones limpias para CHW.

Sistema de prestación	Tipo de reclamación	Fecha límite de presentación	Referencia
Pago por servicio (FFS)	Todas las reclamaciones de CHW	365 días a partir de la fecha del servicio	Sección 447.45(d) del Título 42 del CFR
Atención médica administrada	Reclamaciones limpias	Noventa (90) días calendario a partir de la fecha del servicio	Sección 438.602(g) del Título 42 del CFR, contratos con MCO de la EOHHS

7.2.2. Definición de reclamación limpia

Una reclamación limpia, según la definición de la Sección 447.45(b) del Título 42 del CFR, cumple con los siguientes criterios:

- Se presenta en el formato requerido.
- Contiene toda la documentación necesaria.
- No está sujeta a retrasos debido a errores, datos incompletos o problemas de elegibilidad pendientes.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

7.2.3. Política de reclamaciones denegadas y nueva presentación

Las reclamaciones denegadas por razones ajenas a la presentación oportuna pueden volver a presentarse dentro de los 365 días calendario posteriores a la fecha de denegación, independientemente del sistema de prestación (FFS/MCO/entidad delegada).

Las reclamaciones denegadas por exceder el plazo de presentación oportuna no son elegibles para reembolso, a menos que la presentación original se haya realizado dentro del plazo requerido y se haya retrasado por un motivo aprobado por la EOHHS, el FI, la MCO o la entidad delegada.

7.2.4. Requisitos de cumplimiento para la presentación oportuna

A fin de garantizar el cumplimiento de los estándares de facturación e integridad del Programa Medicaid, los CHW y los proveedores de facturación organizacional deben tener en cuenta estas consideraciones clave:

- Se requiere la presentación oportuna y precisa de las reclamaciones para todos los servicios de CHW, inclusive aquellos facturados tanto bajo los sistemas de FFS como de atención médica administrada.
- Los proveedores deben conservar pruebas de la fecha de presentación, como la confirmación electrónica o documentación postal, para fines de auditoría.
- No se permiten solicitudes de elegibilidad retroactivas ni reclamaciones antedatadas. Los CHW deben verificar la elegibilidad de los beneficiarios antes de prestar cualquier servicio, como se describe en la Sección 7.1.
- Las reclamaciones presentadas fuera del plazo permitido, incluso si se prestaron servicios, no se reembolsarán a menos que estén claramente justificadas y se encuentren dentro de las excepciones aprobadas por el Gobierno federal o estatal caso por caso.
- Los CHW y las organizaciones proveedoras deben comprender y cumplir con los requisitos específicos de presentación oportuna de cada MCO o entidad delegada, según se describe en su contrato o manual del plan.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

7.2.5. Referencias legales y políticas para la facturación y las reclamaciones de Medicaid

Esta sección está alineada con las siguientes regulaciones federales y estatales:

- Sección 447.45 del Título 42 del CFR: Estándares de presentación oportuna y pago de reclamaciones para Medicaid.
- Sección 438.602(g) del Título 42 del CFR: Pago oportuno para la atención administrada.
- Sección 455.2 del Título 42 del CFR: Definiciones y alcance de la integridad del programa.
- Manual del proveedor de la EOHHS y requisitos de los contratos con MCO.

7.3. Métodos de presentación de reclamaciones

7.3.1. Autoridad legal y reguladora respecto de la presentación de reclamaciones

A título de referencia, los proveedores de CHW deben cumplir con las siguientes leyes y regulaciones respecto de la presentación de reclamaciones:

- Sección 447.45 del Título 42 del CFR: Pago oportuno de reclamaciones: Exige que las Agencias Estatales de Medicaid paguen las reclamaciones limpias dentro de los plazos especificados y mantengan un sistema para una pronta adjudicación.
- Sección 433.32 del Título 42 del CFR: Sistema mecanizado de procesamiento de reclamaciones: Exige que los estados operen un sistema automatizado de procesamiento de reclamaciones para garantizar que las reclamaciones se presenten, rastreen y adjudiquen de manera eficaz y precisa.
- Capítulos 1 y 3 del Manual estatal de Medicaid de los CMS (Publicación 45): Establece estándares para la integridad, la documentación, el formato y los procedimientos de presentación electrónica de reclamaciones.
- Sección 42-7.2 de las Leyes Generales de Rhode Island (R.I. Gen. Laws): Autoriza a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) a administrar y hacer cumplir los

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

procedimientos de facturación, inscripción de proveedores y supervisión de Medicaid.

7.3.2. Opciones de presentación de reclamaciones

Los proveedores pueden presentar reclamaciones por servicios de CHW mediante los siguientes métodos, sujetos a los requisitos del sistema de prestación (pago por servicio o atención administrada):

A. Presentación electrónica (preferible):

Se recomienda encarecidamente a los proveedores de CHW que presenten las reclamaciones por vía electrónica utilizando los formatos de transacción 837 (Profesional) que cumplen con la HIPAA.

- Para las reclamaciones de pago por servicio (FFS), la EOHHS ofrece acceso gratuito al software Provider Electronic Solutions (PES), que incluye herramientas de validación integradas y está disponible a través del sitio web de la EOHHS.
- En el caso de las organizaciones de atención administrada (MCO) o entidades delegadas, los CHW deben cumplir con los procesos de presentación electrónica de reclamaciones designados por la MCO y las normas de acceso al portal. Es posible que las MCO no acepten reclamaciones en papel.

B. Presentación en papel (solo FFS):

Las reclamaciones en papel solo pueden presentarse para reclamaciones de pago por servicio (FFS) y deben cumplir con las normas de los CMS:

- Debe utilizarse el formulario de reclamación profesional CMS-1500 (versión 02/12).
- Deben escribirse a máquina o llenarse con tinta negra (se rechazarán los formularios escritos a mano, alterados o resaltados).
- Los formularios pueden solicitarse a los proveedores de suministros médicos.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

⚠ **Recordatorio:** Los CHW que presenten reclamaciones en el marco de un plan de atención médica administrada o una entidad delegada deben confirmar el método y el formato de presentación directamente con la MCO. La mayoría de las MCO no aceptan presentaciones en papel.

7.3.3. *Directrices de presentación y procesamiento*

Todas las reclamaciones deben estar completas, ser precisas y cumplir con las normas de facturación de Medicaid.

Las reclamaciones deben incluir todos los campos obligatorios, entre ellos:

- Número de identificación de Medicaid del beneficiario.
- Código de diagnóstico (CIE-10) asignado por un profesional con licencia en artes curativas (LPHA).
- Código de procedimiento y cualquier modificador aplicable.
- NPI (Identificador Nacional del Proveedor) del proveedor que presta el servicio, coincidente con el CHW inscrito en el sistema de Medicaid.
- NPI del proveedor remitente.
- Documentación de respaldo requerida por el intermediario fiscal (FI) de Medicaid o la organización de atención administrada (MCO).

⚠ A partir del 1 de octubre de 2025, todos los CHW deben incluir su NPI individual en las reclamaciones presentadas a Medicaid. Se rechazarán las reclamaciones sin un NPI activo de la persona que prestó el servicio.

No se aceptan correos electrónicos, faxes ni la carga no segura de archivos para la presentación de reclamaciones.

Los proveedores de CHW deben conservar copias de todas las reclamaciones presentadas (electrónicas o impresas) y la documentación relacionada durante un mínimo de diez (10) años, de acuerdo con los requisitos de mantenimiento de registros y auditoría de Medicaid.

7.4. Documentación de las reclamaciones y campos obligatorios

A fin de garantizar el cumplimiento de los requisitos del Programa Medicaid de Rhode Island y las normas federales de integridad de facturación, todas las reclamaciones de servicios de CHW deben incluir información completa y precisa, como se describe a continuación. Las reclamaciones que carezcan de la documentación requerida podrán ser marcadas para su revisión o denegadas.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

7.4.1. Elementos obligatorios de las reclamaciones

Cada reclamación de CHW debe incluir lo siguiente:

- Número de identificación de Medicaid del beneficiario (tarjeta que tiene la imagen de un ancla):
 - El número de identificación exclusivo de Medicaid asignado al beneficiario. Los CHW deben verificar e ingresar este número en cada reclamación.
- Código(s) de diagnóstico de la CIE-10:
 - Deben ser asignados por un profesional con licencia en artes curativas (LPHA).
 - Deben ser médicamente necesarios y estar vigentes.
 - Deben estar directamente relacionados con el servicio de CHW prestado.
 - Los códigos Z (p. ej., Z55-Z65) solo pueden utilizarse como diagnósticos secundarios. Las reclamaciones que incluyan códigos Z como diagnóstico principal serán denegadas.
- Código de procedimiento y modificadores aplicables (consulte la Sección 7.5 para obtener más información):
 - Deben corresponderse con el servicio de CHW específico prestado (p. ej., H0038, S9445, S9446).
 - Los modificadores (p. ej., “HQ” para sesiones grupales) deben coincidir con el entorno y la estructura del servicio.
 - Deben incluir la fecha del servicio y la hora de inicio y de finalización o la duración de la sesión.
- NPI del prestador del servicio y del solicitante/remitente:
 - El CHW que prestó el servicio debe estar identificado en la reclamación mediante su Identificador Nacional de Proveedor (NPI) individual.
 - Las reclamaciones también deben incluir el NPI del LPHA que emitió la derivación o la orden.
 - El LPHA debe estar inscrito en la Agencia Estatal de Medicaid, ya sea como proveedor de facturación o como proveedor exclusivamente OPR, de acuerdo con la Sección 455.410 del Título 42 del CFR.
 - ⚠ Las reclamaciones deben incluir el NPI del LPHA que solicita/deriva (inscrito en Medicaid RI) a partir del 1 de julio de 2025 y, a partir del 1 de octubre de 2025, el NPI individual del CHW como proveedor de prestación.
- Documentación de respaldo (requerida por el FI o la MCO):
 - Debe incluir cualquier documento solicitado por el intermediario fiscal (FI) o la organización de atención administrada (MCO), por ejemplo:

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Copia de la derivación del LPHA.
- Registros de asistencia a las sesiones grupales.
- Documentación clínica que justifique la necesidad médica.
- Toda la documentación de respaldo debe estar alineada con el servicio facturado.

7.4.2. Requisitos de alineación de códigos de diagnóstico

Requisitos para la facturación en el marco de Medicaid:

- El servicio del CHW debe abordar una afección o un riesgo documentado en el código de diagnóstico CIE-10 utilizado.
- La derivación del LPHA y el código de diagnóstico deben ser congruentes con la intervención del CHW.
- Por ejemplo, el asesoramiento en salud relacionado con la diabetes debe citar un diagnóstico de la serie E (p. ej., E11.9), y la orientación en el sistema de salud relacionada con el cuidado del asma debe citar un diagnóstico de la serie J45.
- El diagnóstico no debe ser vago ni general (p. ej., “afección no especificada”).
- La imposibilidad de demostrar la alineación clínica entre la derivación del LPHA, el diagnóstico y la actividad del CHW facturada puede dar lugar a la denegación de la reclamación o la recuperación en auditoría.

7.4.3. Referencias regulatorias y estándares de cumplimiento para la reclamación

Los siguientes son estándares regulatorios y de cumplimiento relevantes con los que los proveedores de facturación de CHW deben familiarizarse:

- Sección 455.2 del Título 42 del CFR: Define fraude, desperdicio y abuso en la facturación a Medicaid.
- Sección 440.130(c) del Título 42 del CFR: Especifica que los servicios preventivos deben ser recomendados por un médico u otro profesional con licencia.
- Sección 431.107 del Título 42 del CFR: Exige que los proveedores de Medicaid mantengan registros que respalden los servicios facturados.
- Sección 40-8 de las Leyes Generales de Rhode Island (R.I. Gen. Laws): Rige la administración y supervisión del Programa Medicaid de Rhode Island.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Sección 42-7.2 de las Leyes Generales de Rhode Island (R.I. Gen. Laws): Otorga a la EOHHS la autoridad para exigir el cumplimiento de los proveedores, inclusive en lo respectivo a estándares de facturación y procedimientos de auditoría.

7.4.4. Notas importantes y recordatorio sobre la presentación de reclamaciones

Los proveedores de CHW deben cumplir con las siguientes normas para garantizar que las reclamaciones sean aceptadas, estén listas para auditoría y cumplan con los requisitos de Medicaid:

- Vincular todas las reclamaciones a una derivación de un LPHA vigente y activa que sea válida y justifique la necesidad médica del servicio de CHW prestado.
- Asegurarse de que el código de diagnóstico sea clínicamente apropiado y coherente con el servicio de CHW, la categoría del servicio y la documentación del LPHA.
- Realizar una revisión previa a la presentación de todas las reclamaciones para verificar la precisión de los códigos de procedimiento, modificadores, fechas de servicio e identificadores requeridos (p. ej., NPI del CHW, NPI del LPHA) para evitar retrasos o denegaciones en el procesamiento.
- Conservar toda la documentación, incluidas las derivaciones de LPHA, las notas de progreso, los registros de sesiones y los registros de respaldo, durante un mínimo de diez (10) años, de conformidad con la Sección 431.107 del Título 42 del CFR y el Acuerdo de Proveedor de Medicaid de Rhode Island.



7.5. Transición de facturación de CHW, codificación y requisitos de autorización previa

Esta sección describe la transición de la facturación de CHW basada en unidades a la facturación de CHW basada en sesiones, establece límites de servicio, describe los requisitos de reclamación y define el proceso de autorización previa para superar los umbrales de utilización.

7.5.1. Límites de facturación diarios y mensuales

A fin de garantizar la integridad del Programa Medicaid, se aplican los siguientes límites de facturación agregados a todos los códigos y tipos de servicio de CHW:

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**


-  **Límite diario (vigente a partir del 19 de mayo de 2025):** No más de dos (2) horas (120 minutos) por beneficiario por día.
-  **Límite mensual (vigente a partir del 1 de julio de 2025):** No más de doce (12) horas (720 minutos) por beneficiario por mes calendario.

Estos límites se aplican de forma acumulativa, independientemente de la cantidad de categorías de servicio utilizadas. Los proveedores deben presentar una solicitud de autorización previa (PA) para superar estos límites (consulte la Sección 7.5.5).

7.5.2. Facturación por unidad y por sesión

Los servicios de los CHW se facturan en unidades de 15 minutos o por sesión, según el código de procedimiento. Para los códigos basados en sesiones, la duración no debe ser inferior a 25 minutos para que cuente como una sesión completa. El tiempo no se puede redondear. La siguiente tabla explica las diferencias y las conversiones adecuadas de códigos de unidad:

Tipo de facturación	Códigos	Definición	Límites
Basada en unidades	H0038 (T1016 hasta 6/30/25)	1 unidad = 15 minutos	Máx. 8 unidades/día, 48 unidades/mes
Basada en sesiones	S9445, S9446	1 sesión = 30 minutos (debe ser de ≥25 min)	Máx. 4 sesiones/día, 24 sesiones/mes

 **Nota:** Todos los códigos T1016 para servicios de CHW se discontinuarán el 30 de junio de 2025. Utilice H0038, S9445 o S9446 a partir del 1 de julio de 2025.

Las sesiones para S9445, S9446 deben tener una duración mínima de 25 minutos para que se facture una (1) sesión. El tiempo no se puede redondear ni combinar entre beneficiarios.

7.5.3. Requisitos para la presentación de reclamaciones y modificadores

Todas las reclamaciones de CHW deben incluir lo siguiente:

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Modificador U3: ⚠️ A partir del 19 de mayo de 2025, no se permitirá facturar el modificador U3 para tarifas mejoradas para nuevos beneficiarios por servicios de CHW.
- Diagnóstico principal: ⚠️ A partir del 1 de julio de 2025, los códigos Z (Z55-Z65) no pueden utilizarse como el diagnóstico principal. El uso de códigos Z como único diagnóstico dará como resultado la denegación de la reclamación.
- NPI del OPR: ⚠️ A partir del 1 de julio de 2025, el NPI del LPHA que autorizó el servicio de CHW debe estar inscrito como proveedor de facturación o exclusivamente OPR.
- Modificadores de sesión: ⚠️ A partir del 1 de julio de 2025, los siguientes modificadores deben figurar en todas las reclamaciones de CHW:
 - U2 = Promoción y asesoramiento en salud
 - U4 = Educación y capacitación en salud
 - Ninguno = Orientación en el sistema de salud. (H0038)
- NPI del CHW prestador del servicio: ⚠️ A partir del 1 de octubre de 2025, las reclamaciones deben incluir el NPI del CHW prestador del servicio.

7.5.4. Plazos de transición de la facturación

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Fecha de entrada en vigor	Descripción del cambio
19 de mayo de 2025	<ul style="list-style-type: none"> • Límite de servicio diario de 2 horas por beneficiario (se requiere autorización previa para horas adicionales). • Discontinuación del modificador U3 (no se aplicará la tarifa mejorada para nuevos pacientes). • Discontinuación de los servicios complementarios y la facturación multidisciplinaria.
1 de julio de 2025	<ul style="list-style-type: none"> • Límite de servicio mensual de 12 horas por beneficiario (se requiere autorización previa para horas adicionales). • Ya no se permiten los códigos Z como diagnósticos principales. • Entran en vigor los nuevos códigos de facturación basados en sesiones con modificadores (consulte la Sección 7.6). • Límites de servicio grupal y límite de participantes (menos de 8 beneficiarios) • Discontinuación de los códigos basados en T1016 • El NPI del solicitante debe figurar en todas las reclamaciones de CHW.
1 de octubre de 2025	<ul style="list-style-type: none"> • El NPI del proveedor del servicio debe figurar en todas las reclamaciones de CHW.

7.5.5. Autorización previa (PA) para exceder los límites diarios y mensuales

⚠ A partir del 19 de mayo de 2025, las solicitudes de autorización previa (PA) para servicios de trabajadores comunitarios de la salud (CHW) que superen los límites estándar de servicio diario (2 horas o 120 minutos) y mensual (12 horas o 720 minutos) deben seguir el proceso de PA administrado por Gainwell, el intermediario fiscal (FI) de la EOHHS. Tenga en cuenta que el límite mensual entra en vigor el 1 de julio de 2025.

No se requiere una autorización previa para los servicios de menos de 2 horas por día o menos de 12 horas por mes.

Los proveedores deben presentar sus solicitudes de PA utilizando el Formulario de Autorización Previa para Asistencia Médica de Rhode Island y el formulario de Certificado de Necesidad Médica para servicios de

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

trabajadores comunitarios de la salud, disponibles aquí:
<https://eohhs.ri.gov/providers-partners/provider-manuals-guidelines/mcicaid-provider-manual/community-health-worker>

Los proveedores que presenten solicitudes de autorización previa (PA) deben asegurarse de proporcionar con claridad la siguiente documentación:

- Nombre del beneficiario e identificación de Medicaid.
- Fechas solicitadas y cantidad total de unidades/sesiones.
- Estado actual de elegibilidad de Medicaid del miembro.
- Derivación válida de un profesional con licencia en artes curativas (LPHA) explícitamente vinculada a un diagnóstico clínico.
- Una justificación clínica detallada si se solicitan servicios que exceden los límites estándar diarios (2 horas) o mensuales (12 horas), que detalle claramente lo siguiente:
 - Por qué los límites estándar son insuficientes.
 - Por qué los servicios de CHW representan la opción que ofrece una mejor relación costo-beneficio.
 - Vinculación con un plan de tratamiento o apoyo para el alta.
- Un formulario de Certificado de Necesidad Médica firmado.
- Documentación que alinee la modalidad de servicio con los requisitos de códigos de facturación.
- Documentación que acredite que el aumento de horas se ajusta a la prestación de un programa de base empírica, revisado y aprobado por la EOHHS, o bien, que solicite a la EOHHS que considere que dicho programa sea considerado en virtud de la PA.

El FI evalúa esas solicitudes según los criterios específicos descritos en el Manual del Programa de Trabajadores Comunitarios de la Salud (CHW) de Rhode Island, que incluye los requisitos de necesidad médica, el alcance de los servicios de CHW y los estándares de idoneidad clínica. Las solicitudes de PA deben ser excepcionales y no rutinarias; los casos de alta utilización pueden requerir una derivación a LTSS u otros servicios de Medicaid más adecuados.

Proceso de apelaciones: Las apelaciones posteriores a la denegación de las solicitudes de autorización previa de CHW se dirigirán al director médico de la EOHHS. Las decisiones de apelación emitidas por el director médico de la EOHHS son definitivas y se comunican dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a su recepción.

Transición a la atención médica administrada: Tras la transición de los servicios de CHW a la atención médica administrada, todas las solicitudes de PA relacionadas con CHW deben cumplir estrictamente con los procesos y criterios específicos de cada organización de atención médica

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

administrada (MCO). Las MCO son responsables de establecer procesos internos para garantizar el cumplimiento de esos estándares, a fin de mantener la integridad, la idoneidad clínica y la buena relación costo-beneficio de los servicios de CHW.

Las organizaciones de atención médica administrada mantendrán registros de todas las solicitudes de PA, aprobaciones, denegaciones, apelaciones y la documentación asociada. Se requieren auditorías y supervisión del cumplimiento periódicos para respaldar la integridad del programa y el cumplimiento de los requisitos de PA.

Sistema de prestación	Urgente	Estándar	Entidad reguladora
FFS (Gainwell)	72 horas	7 días calendario	Regla Final de Interoperabilidad de los CMS (CMS-0057-F), Sección 438.210 del Título 42 del CFR (aplicable al FFS de Medicaid FFS 1/1/2027)
MCO/Entidad delegada	72 horas	14 días calendario	Sección 438.210(d) del Título 42 del CFR: Las MCO pueden extender el plazo por 14 días adicionales si el afiliado lo desea o lo solicita.

7.6. Matriz de códigos de facturación de CHW

Una facturación eficaz requiere el uso correcto de los códigos de procedimiento y modificadores para reflejar el tipo de servicio de CHW prestado. Los requisitos de modificadores difieren entre los conjuntos de códigos actuales (por perder vigencia) y los nuevos (vigentes a partir del 1 de julio de 2025):

A. Códigos actuales (serie T1016): Consulte la Tabla A a continuación: Se deben aplicar modificadores para distinguir entre pacientes nuevos, sesiones grupales y tipos de servicios específicos.

U3 = Paciente nuevo (por perder vigencia el 19 de mayo de 2025)

HQ = Sesión grupal


Ninguno = Administración de casos estándar

B. Nuevos códigos (S9445, S9446, H0038, vigentes a partir del 1 de julio de 2025): Consulte la Tabla B a continuación: Los códigos de procedimiento, con los modificadores aplicables, describen completamente el tipo de servicio y el entorno.

A. Tabla A: Códigos actuales (por perder vigencia) (válidos hasta el 30 de junio de 2025)

Código de procedimiento	Modificador	Descripción	Unidad	Fecha límite de validez
T1016	Ninguno	Administración de casos de pacientes establecidos	15 min	30 de junio de 2025
T1016	U3	Servicio mejorado para nuevos pacientes	15 min	19 de mayo de 2025
T1016	HQ	Sesión grupal	15 min	30 de junio de 2025
T1016	Ninguno	Servicios complementarios	15 min	19 de mayo de 2025
T1016	Ninguno	Planificación de la atención multidisciplinaria	15 min	19 de mayo de 2025

B. Tabla B: Nuevos códigos de facturación (a partir del 1 de julio de 2025)

 La estructura de los códigos refleja el tipo de servicio y el entorno. Se requiere el uso de los modificadores U2 y U4 al facturar los códigos S9445 y S9446 basados en sesiones. No se requiere modificador para H0038.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Código	Entorno	Tipo de servicio	Modificador	Tipo de unidad	Límites	Notas
S9445	Individual	Promoción y asesoramiento en salud	U2	Sesión de 30 minutos (≥25 min)	Máx. 4 sesiones/día, 24 sesiones/mes	Solo presencial; personalizado, de base empírica
S9446	Grupal	Promoción y asesoramiento en salud	U2	Sesión de 30 minutos (≥25 min)	Máx. 4 sesiones/día, 24 sesiones/mes	Máx. 8 participantes; solo presencial
S9445	Individual	Educación y capacitación en salud	U4	Sesión de 30 minutos (≥25 min)	Máx. 4 sesiones/día, 24 sesiones/mes	Solo presencial; programa de base empírica
S9446	Grupal	Educación y capacitación en salud	U4	Sesión de 30 minutos (≥25 min)	Máx. 4 sesiones/día, 24 sesiones/mes	Máx. 8 participantes; solo presencial
H0038	Individual	Orientación en el sistema de salud	N/A	Unidad de 15 minutos	Máx. 8 unidades/día, 48/mes	Se permite telesalud; no se permiten grupos

7.7. Método de pago y política de tarifas

Esta sección describe cómo se reembolsan los servicios de los CHW en el marco de Medicaid de Rhode Island, ya sea a través de pago por servicio (FFS) o de organizaciones de atención administrada (MCO), y los estándares éticos y legales aplicables.

7.7.1. Reembolso de Medicaid mediante pago por servicio (FFS)

- Método de pago: Todos los reembolsos se emiten mediante transferencia electrónica de fondos (EFT).
- Determinación de tarifas: Las tarifas de reembolso son establecidas y publicadas por la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) y están disponibles en <https://eohhs.ri.gov>
- Aplicación de tarifas: Las tarifas a través de FFS no pueden ser modificadas, aumentadas ni suplementadas por los proveedores.

7.7.2. Reembolso de las organizaciones de atención médica administrada (MCO)

Tarifas variables: Las MCO pueden establecer sus propias tarifas de reembolso para los servicios de CHW, de conformidad con la Sección 438.602(e) del Título 42 del CFR, que permite a los planes de atención administrada pagar tarifas diferentes a la tarifa de pago por servicio (FFS) del plan estatal, siempre que todos los servicios cubiertos se mantengan sólidos y coherentes desde el punto de vista actuarial y cumplan con los requisitos federales de acceso y calidad.

Tarifa de FFS como referencia: Si bien las MCO pueden pagar tarifas variables, la tarifa de FFS a menudo sirve como referencia de tarifa mínima estatal de Medicaid y puede conformar el desarrollo de la capitación y los estándares mínimos de reembolso.

Responsabilidades de los proveedores: Los proveedores de CHW que facturan a través de una MCO son responsables de lo siguiente:

- Comprender los formatos de reclamación, los códigos y los requisitos de modificadores específicos de la MCO.
- Cumplir con los requisitos de autorización de servicios específicos de la MCO.
- Cumplir con los plazos de presentación oportuna de la MCO, por lo general dentro de los 90 días calendario posteriores a la fecha de la prestación del servicio.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Mantener la necesidad médica, la documentación de derivación de LPHA y la conformidad con las normas básicas del Programa Medicaid para cada servicio facturado.

Los proveedores deben consultar el Manual del proveedor de cada MCO para obtener información detallada sobre los requisitos de facturación y prestación de servicios. Los servicios no deben duplicar los que se prestan a través de LTSS, coordinación de atención o incentivos de programas basados en el valor integrados en el diseño de beneficios de la MCO.

7.7.3. Prohibición de pago privado (FFS y MCO)

Los servicios de CHW reembolsables a través de Medicaid no pueden facturarse a los beneficiarios bajo ninguna circunstancia, sin importar si el servicio se factura a través de FFS o MCO. Eso incluye lo siguiente:

- Cobrar en efectivo o copagos por sesiones de CHW.
- Solicitar pago privado para orientación “mejorada” o educación grupal.
- Cobros de escala móvil, cuotas de membresía o pagos de apoyo para gastos de bolsillo.

Dichas acciones están prohibidas por las leyes estatales y federales, específicamente:

- Sección 447.15 del Título 42 del CFR: Los proveedores deben aceptar el pago de Medicaid como pago total.
- Sección 438.106(c) del Título 42 del CFR: Prohíbe el reparto de costos con los beneficiarios para los servicios cubiertos por la MCO.
- Sección 1902(a)(25) de la Ley del Seguro Social (Social Security Act): Medicaid es el pagador de último recurso.

7.7.4. Prácticas de integridad de facturación y garantías de cumplimiento para la facturación de servicios de CHW

A fin de mantener la integridad del programa, los proveedores de CHW deben adoptar las siguientes garantías para la facturación de los servicios de CHW cubiertos por Medicaid:

Separación de la facturación:

- No deben combinarse varios servicios de CHW en una sola sesión a menos que se permita explícitamente.
- Cada encuentro facturado debe representar un servicio distinto, ser médicamente necesario y estar vinculado al código de facturación correspondiente y a la derivación de un LPHA.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Auditoría y supervisión:

- Las organizaciones deben realizar auditorías internas periódicas de las reclamaciones de CHW.
- Se recomienda encarecidamente llevar a cabo capacitación anual sobre facturación de CHW para CHW, supervisores y personal de facturación.

Uniformidad de la documentación:

- Todos los servicios facturados deben incluir la derivación de un LPHA, la vinculación con un diagnóstico, el tipo de servicio, la hora de inicio y finalización, y el contenido de la sesión.

Identificación e informe de sobrepagos:

Según la Sección 1320a-7k(d) del Título 42 del USC y la Sección 433.312 del Título 42 del CFR, todos los proveedores de Medicaid deben informar y devolver cualquier sobrepago identificado dentro de los sesenta (60) días posteriores al descubrimiento, o antes de la fecha límite de presentación del informe de costos correspondiente, lo que ocurra primero. Este requisito se aplica tanto a los sistemas de pago por servicio (FFS) como a los de atención médica administrada.

- En el caso de los sistemas de pago por servicio (FFS), los sobrepagos deben informarse y devolverse al intermediario fiscal de Medicaid (Gainwell Technologies) de conformidad con los procedimientos estatales.
- En el caso de la atención médica administrada, los sobrepagos deben informarse a la MCO o entidad delegada correspondiente, de conformidad con la política del plan. Las MCO son responsables, por separado, de devolver los sobrepagos al estado, según se estipula en la Sección 438.608(d) del Título 42 del CFR.

No devolver los sobrepagos conocidos dentro del plazo requerido puede considerarse una reclamación falsa y dar lugar a sanciones civiles, administrativas o penales según la legislación federal y estatal.

Supervisión regulatoria:

- La EOHHS, el intermediario fiscal (FI) de Medicaid y las MCO pueden auditar, suspender o recuperar reclamaciones que no

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

cumplan con los requisitos según la Sección 433.32 del Título 42 del CFR: Sistemas mecanizados de procesamiento de reclamaciones, y el Manual estatal de Medicaid de los CMS, Publicación 45: Integridad, duplicación y separación de servicios de las reclamaciones.

7.8.Requisitos de documentación

Todos los servicios de trabajadores comunitarios de la salud (CHW) facturados a Medicaid deben estar respaldados por documentación completa, precisa y actualizada. Los registros deben demostrar claramente que los servicios cumplen con los siguientes criterios:

- Son médicamente necesarios y fueron ordenados por un profesional con licencia en artes curativas (LPHA).
- Se prestaron directamente a un beneficiario elegible para Medicaid en la fecha documentada.
- Cumplen con las políticas de facturación de Medicaid de Rhode Island y todas las normas federales de documentación aplicables.

De acuerdo con la Secciones 431.107(b), 440.130(c) y 455.20 del Título 42 del CFR, los proveedores de CHW deben conservar documentación suficiente para informar lo siguiente:

- La magnitud y el alcance de cada servicio de CHW prestado.
- La identidad del CHW y del beneficiario.
- La fecha, la duración y el tipo de servicio.
- El diagnóstico asociado, la derivación del LPHA y su vinculación con la necesidad médica.
- El cumplimiento con las normas de auditoría de la HIPAA y de Medicaid.

Los registros deben conservarse durante un mínimo de diez (10) años y deben estar disponibles, previa solicitud, para las siguientes entidades:

- La Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive Office of Health and Human Services, EOHHS).
- El intermediario fiscal (FI) de Medicaid.
- Las organizaciones de atención médica administrada (MCO).
- Las entidades delegadas de la EOHHS.
- La Oficina del Fiscal General de Rhode Island (p. ej., MFCU).
- La Oficina del Auditor General de Rhode Island.
- Autoridades federales de supervisión (p. ej., OIG, CMS).

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

7.8.1. Elementos de la documentación obligatoria

El CHW o el proveedor de facturación de CHW debe conservar la siguiente documentación:

- Nombre completo e identificación de Medicaid del beneficiario.
- Fecha del servicio.
- Hora de inicio y de finalización.
- Categoría del servicio (p. ej., promoción y asesoramiento en salud, educación y capacitación en salud, orientación en el sistema de salud).
- Código de procedimiento y cualquier modificador aplicable.
- Nombre y credenciales del CHW que presta el servicio.
- Vinculación con el diagnóstico.
- Autorizaciones del LPHA.
- Descripción/relato del servicio
- Notas específicas del participante (para sesiones grupales).

⚠ Los códigos Z no se aceptan como diagnóstico principal para fines de facturación a partir del 1 de julio de 2025.

7.8.2. Requisitos especiales de documentación

Las siguientes normas de documentación se aplican para garantizar que los servicios de CHW cumplan con los requisitos de integridad, auditoría y facturación del Programa Medicaid.

Sesiones grupales: Una nota grupal compartida puede resumir el programa o el contenido compartido. Sin embargo, se requiere documentación individualizada para cada participante, que debe incluir lo siguiente:

- La participación e intervención del beneficiario.
- La afección de salud abordada.
- Una derivación u orden válida y específica del LPHA.
- La hora de inicio y finalización de la sesión.

► Consulte la Sección 7.9.2 para conocer los requisitos de documentación adicionales para grupos.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Servicios de telesalud: La telesalud solo se permite para la orientación en el sistema de salud y coordinación de recursos (H0038). La documentación debe incluir lo siguiente:

- El modo de comunicación utilizado (p. ej., teléfono, Zoom).
- La ubicación física del CHW y la del beneficiario, que deben ser en Rhode Island según lo estipulado en la Sección 1396a(a)(1) del Título 42 del USC.
- La fecha y hora de la sesión.
- Una confirmación de que la interacción fue en vivo y sincrónica.
- Una derivación válida de un LPHA vinculada a un diagnóstico.
- Todos los demás elementos de la documentación requerida para CHW enumerados en la Sección 7.8.1.

⚠ Los mensajes de texto, los mensajes de voz, las formas de comunicación asincrónicas y el contenido pregrabado no son facturables.

➤ Consulte la política completa de cumplimiento de telesalud en la Sección 3.3.3.

7.8.3. Requisitos de conservación de registros

Los proveedores de CHW deben conservar registros completos, precisos y accesibles de todos los servicios facturados por Medicaid durante diez (10) años a partir de la fecha del servicio, de conformidad con la legislación estatal. Este requisito de conservación es necesario para auditorías posteriores al pago, apelaciones, investigaciones de sobrepagos y la aplicación de la integridad del programa.

Autoridad legal y reguladora:

- Sección 42-7.2 de las Leyes Generales de Rhode Island (R.I. Gen. Laws): Autoridad de supervisión y auditoría de la EOHHS.
- Sección 431.107 del Título 42 del CFR: Mantenimiento de registros para divulgar servicios y permitir auditorías.
- Sección 433.312 del Título 42 del CFR: Identificación y seguimiento de sobrepagos de Medicaid.
- Sección 1320a-7k(d) del Título 42 del USC: Regla de 60 días para informar y devolver sobrepagos de Medicaid.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Los requisitos de registros deben respaldar lo siguiente:

- Verificación de la necesidad médica, autorización del LPHA y ámbito de actuación del CHW.
- Documentación de la fecha, hora, lugar y modalidad de prestación (presencial o telesalud).
- Vinculación clara del diagnóstico y la justificación clínica.
- Todos los códigos y modificadores de facturación aplicables.
- Cumplimiento de los límites y los umbrales de autorización específicos de CHW.
- Cumplimiento de la documentación de telesalud (consulte la Sección 3.3.3).

Requisitos de acceso a registros:

Los registros deben estar disponibles, previa solicitud, para las siguientes entidades:

- EOHHS
- Intermediario fiscal (FI) de Medicaid
- Organizaciones de atención médica administrada (MCO).
- Entidades de supervisión delegadas.
- Auditores o reguladores federales de Medicaid.

⚠ La falta de mantenimiento o presentación de registros puede dar lugar a la recuperación de pagos, la suspensión del programa o la derivación a la Unidad de Control contra Fraude a Medicaid (MFCU).

Prácticas recomendadas:

- Se recomienda a los proveedores adoptar herramientas de historia clínica electrónica (EHR) o plantillas estandarizadas de documentación de Medicaid que garanticen lo siguiente:
 - Documentación en tiempo real.
 - Seguimiento específico de cada sesión.
 - Vinculación coherente de diagnósticos y derivaciones.

7.9.Requisitos de tamaño y configuración de grupos

Los servicios de los trabajadores comunitarios de la salud (CHW) del Programa Medicaid de Rhode Island deben ser personalizados, médicamente necesarios e interactivos. Si bien la prestación de servicios grupales está permitida para determinados tipos de servicios, está sujeta a estrictos requisitos de documentación y participación a fin de preservar el enfoque individual de los servicios de CHW.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

⚠️ A partir del 1 de julio de 2025, se aplicarán los siguientes requisitos y limitaciones para las sesiones grupales:

7.9.1. Limitaciones para las sesiones grupales

- Tamaño máximo del grupo: No más de ocho (8) beneficiarios de Medicaid pueden participar en una sesión grupal dirigida por un solo CHW.
- Formato de la sesión: Las sesiones grupales deben ser interactivas, estructuradas e impartidas en tiempo real por el CHW. Los formatos didácticos o de clase magistral no son válidos.
- Tipos de servicios permitidos: Los entornos grupales solo se permiten para los siguientes fines:
 - Promoción y asesoramiento en salud (S9446).
 - Educación y capacitación en salud (S9446).
- Servicios no permitidos en grupos: La facturación grupal no está permitida para los siguientes fines:
 - Orientación en el sistema de salud (H0038).
 - Duración de la sesión: Cada sesión grupal tiene una duración de media hora. Se permite un máximo de 4 sesiones grupales por día y 24 sesiones por mes por beneficiario.

7.9.2. Requisitos de documentación para las sesiones grupales

Cada participante debe contar con lo siguiente:

- Una derivación activa de un LPHA que autorice específicamente el servicio grupal.
- Un registro individualizado que resuma estos tres aspectos:
 - La afección del participante.
 - Su participación en la sesión.
 - Cómo se alineó el servicio con el objetivo o diagnóstico autorizado.

Se permite el resumen grupal general para documentar el contenido o programa compartido, pero debe complementarse con documentación individualizada.

7.9.3. Formatos de grupo prohibidos

- Grupos de inscripción abierta o sin cita previa: Los servicios grupales de CHW pueden facturarse únicamente a los participantes que cuenten con una

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

derivación activa y documentada de un profesional con licencia en artes curativas (LPHA). Los formatos de inscripción abierta o sin cita previa sin una derivación de un LPHA no son reembolsables.

- Talleres o clases públicas a gran escala: Los eventos como ferias comunitarias de bienestar, demostraciones públicas de cocina, clases de acondicionamiento físico o sesiones educativas con asistentes indefinidos no se pueden facturar como servicios grupales de CHW.
- Formatos no interactivos o pasivos: Ver videos pregrabados, recibir folletos o asistir a presentaciones no participativas no califican.

7.9.4. Cumplimiento y supervisión del grupo

Las organizaciones de CHW son responsables de lo siguiente:

- Asegurar que todas las sesiones grupales cumplan con los criterios de facturación y los estándares de documentación.
- Auditar las reclamaciones de servicios grupales para verificar el cumplimiento del límite de participantes y la estructura de las sesiones.
- Prevenir del uso indebido del código de facturación grupal (S9446).

El incumplimiento puede dar lugar a la recuperación de fondos, la denegación de reclamaciones o la presentación de hallazgos de auditoría por parte del intermediario fiscal (FI) de Medicaid, la EOHHS o las entidades de atención médica administrada.

8. Facturación ética y prevención del fraude, desperdicio y abuso

8.1. Prevención del fraude, desperdicio y abuso

A fin de preservar la integridad del Programa Medicaid de Rhode Island, todos los trabajadores comunitarios de la salud (CHW) y sus organizaciones afiliadas deben adherirse a rigurosos estándares de facturación, documentación y prestación de servicios éticos. Eso incluye el pleno cumplimiento de las leyes federales y estatales aplicables para la prevención del fraude, la participación en capacitaciones obligatorias y la cooperación con las revisiones de supervisión y auditoría.

Un proveedor que incurra en prácticas de facturación fraudulentas, abusivas o que incumplan con las normas puede estar sujeto a las siguientes medidas:

- Recuperación de sobrepagos.
- Suspensión o rescisión del contrato del proveedor.
- Exclusión de programas de atención médica federales o estatales.
- Derivación a la Unidad de Control contra Fraude a Medicaid (MFCU) de la Oficina del Fiscal General para un posible enjuiciamiento penal.

Las normativas pertinentes son las siguientes:

- Sección 455.2 del Título 42 del CFR: Definiciones de fraude, desperdicio y abuso en la facturación a Medicaid.
- Sección 455.17 del Título 42 del CFR: Obligación de denuncia de sospechas de fraude por parte de los proveedores.
- Sección 433.32 del Título 42 del CFR: Estándares de integridad del programa de procesamiento mecanizado de reclamaciones de Medicaid.
- Sección 1902(a)(27) de la Ley del Seguro Social (Social Security Act): Requisitos de mantenimiento y divulgación de registros de proveedores.
- Sección 42-7.2 de las Leyes Generales de Rhode Island (R.I. Gen. Laws): Integridad del programa de la EOHHS y autoridad de supervisión de Medicaid.

8.1.1. *Estándares de capacitación y personal*

Las organizaciones que emplean a CHW deben garantizar lo siguiente:

- Que todos los CHW reciban capacitación inicial y anual integral sobre facturación, estándares de documentación y normas de integridad del Programa Medicaid.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Que los CHW sean competentes en la aplicación correcta de códigos de procedimiento, modificadores y documentación de servicios médicamente necesarios en tiempo real.

- Que se realicen capacitaciones de actualización anuales que aborden estos temas:
 - Límites de facturación y medidas de seguridad contra la duplicación.
 - Cumplimiento de la documentación y vinculación con derivaciones de LPHA.
 - Uso adecuado de la telesalud y la verificación electrónica de visitas (EVV).
 - Protocolos de prevención de fraude, desperdicio y abuso (FWA).

Las organizaciones pueden impartir esta capacitación internamente o a través de proveedores externos autorizados, siempre que el contenido se ajuste a las expectativas de facturación e integridad del programa de la EOHHS.

Las organizaciones certifican la competencia de los CHW para realizar funciones reembolsables por Medicaid de acuerdo con las normas de facturación.

8.1.2. Supervisión interna e integridad del programa

Las organizaciones deben implementar las siguientes prácticas de supervisión interna:

- Auditorías internas de las reclamaciones para verificar la precisión y duplicación de las unidades.
- Verificación del cumplimiento de la facturación basada en el tiempo.
- Revisiones de la aplicación de modificadores y la integridad de las reclamaciones.
- Revisión de la validez de las derivaciones de LPHA y la precisión de la codificación de los diagnósticos.
- Capacitación interna continua del personal de CHW.

8.1.3. Uso ético de la telesalud y la tecnología

La telesalud puede utilizarse únicamente según lo autorizado en este Manual (consulte la Sección 3.3.3) y está limitada a los servicios de orientación en el sistema de salud.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

Obligaciones de los proveedores:

- Garantizar el uso de plataformas en vivo y sincrónicas que cumplan con la HIPAA.
- Registrar la ubicación tanto del CHW como del beneficiario.
- Evitar la facturación acumulada o superpuesta.
- Mantener la documentación completa de todos los encuentros remotos.

8.1.4. Garantías contra la duplicación de servicios

Debe procurarse lo siguiente respecto de los servicios de los CHW:

- Que no se superpongan con otras funciones cubiertas por Medicaid (p. ej., administración de casos de MCO, recuperación entre pares, LTSS).
- Que no dupliquen servicios pagados por capitación o pagos agrupados.
- Que no sean facturados simultáneamente por varios CHW por la misma actividad o período de tiempo.

Cada servicio debe tener lo siguiente:

- Contenido, prestación y documentación específicos.
- Una derivación de un LPHA específica para el servicio prestado.

8.1.5. Supervisión y cumplimiento normativo

La EOHHS, el intermediario fiscal (FI) de Medicaid y las MCO pueden hacer lo siguiente:

- Realizar auditorías aleatorias o específicas.
- Rechazar o recuperar reclamaciones que no cumplen con los requisitos.
- Exigir planes de medidas correctivas.
- Derivar a los proveedores a las entidades responsables del cumplimiento normativo.

Regulaciones federales y estatales pertinentes:

- Sección 433.312 del Título 42 del CFR: Identificación y recuperación de sobrepagos.
- Secciones 455.2 y 455.17 del Título 42 del CFR: Definiciones y denuncia obligatoria de casos de fraude.
- Sección 431.107 del Título 42 del CFR: Responsabilidades de documentación del proveedor.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Sección 42-7.2 de las Leyes Generales de Rhode Island (R.I. Gen. Laws): Supervisión de la integridad del Programa Medicaid estatal.
- Sección 1902(a)(27) de la Ley del Seguro Social (Social Security Act): Mantenimiento y divulgación de registros de proveedores.

⚠ Recordatorio importante: Los proveedores de CHW no pueden cobrar a los beneficiarios de Medicaid gastos de bolsillo (“pago privado”) por servicios reembolsables en virtud de Medicaid. Esta prohibición se aplica tanto a los modelos de pago por servicio como a los de atención médica administrada. Las infracciones pueden dar lugar a recuperaciones, sanciones administrativas, suspensión y/o derivación a la Unidad de Integridad del Programa Medicaid para que se tomen medidas adicionales.

8.1.6. Identificación de sobrepagos y protección para denunciantes

Según la ley federal:

- La Sección 1320a-7k(d) del Título 42 del USC y la Sección 433.312 del Título 42 del CFR exigen que los proveedores denuncien y devuelvan cualquier sobrepago conocido a Medicaid dentro de los sesenta (60) días posteriores a la identificación o la fecha de vencimiento del informe de costos correspondiente, lo que ocurra más tarde.
- De no hacerlo, pueden incurrir en responsabilidades según la Ley de Reclamaciones Falsas (False Claims Act,) (Secciones 3729-3733 del Título 31 del USC).
- La Sección 6402 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act) brinda protección por denuncia de irregularidades a empleados o contratistas que denuncien sospechas de fraude o abuso a Medicaid. Las represalias contra personas por denunciar de buena fe están estrictamente prohibidas por las leyes federales y de Rhode Island.

8.1.7. Denuncia de casos de fraude, desperdicio y abuso (FWA)

Si un CHW, supervisor o entidad de facturación tiene conocimiento de prácticas de facturación indebidas, debe denunciarlo de inmediato a la Unidad de Integridad del Programa de la EOHHS.

Las denuncias de sospecha de casos de FWA pueden enviarse de forma confidencial mediante las siguientes vías:

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Línea de información: (401) 462-6009.
- Correo electrónico: program.integrity@ohhs.ri.gov

Estos son los requisitos pertinentes:

- Sección 455.17 del Título 42 del CFR: Obligación de denuncia de sospecha de fraude.

8.1.8. *Medidas en contra del abuso de códigos de facturación individual*

Las organizaciones deben supervisar las reclamaciones de CHW para garantizar que los servicios no se facturen indebidamente como sesiones individuales múltiples cuando la facturación grupal sería más apropiada.

Estas son las medidas de seguridad:

- Revisar periódicamente los patrones de facturación para detectar reclamaciones excesivas de sesiones individuales.
- Verificar que la documentación respalde el formato del servicio facturado (individual o grupal).
- Brindar capacitación específica a los CHW sobre el uso adecuado de los códigos de facturación grupal cuando sea médicamente apropiado y esté autorizado por un LPHA.

8.1.9. *Denuncia obligatoria de casos de abuso, negligencia y explotación*

Los trabajadores comunitarios de la salud (CHW) están obligados a denunciar, en virtud de la ley de Rhode Island, cuando sospechen casos de abuso, negligencia o explotación que involucren a los siguientes grupos:

- Niños (menores de 18 años).
- Ancianos (mayores de 60 años).
- Adultos con discapacidades.

Los CHW deben cumplir con todas las leyes de denuncia obligatoria, independientemente de la fuente de pago o el entorno de atención. Eso incluye el cumplimiento de la siguiente normativa:

- La Sección 40-11-3 de las Leyes Generales de Rhode Island (R.I. Gen. Laws): Obligación de informar casos de maltrato y abandono de menores.
- La Sección 42-66-8 de las Leyes Generales de Rhode Island (R.I. Gen. Laws): Obligación de informar casos de maltrato, abandono o explotación de personas mayores.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- La Sección 40.1-27-2 de las Leyes Generales de Rhode Island (R.I. Gen. Laws): Obligación de informar casos de maltrato o explotación de personas adultas con discapacidades.

Dónde informar:

- Menores: Línea de denuncia de maltrato infantil del DCYF: 1-800-RI-CHILD (1-800-742-4453)
- Personas mayores: Servicios de protección de adultos: (401) 462-0555
- Adultos con discapacidad: Servicios de protección del BHDDH: (401) 462-2629

⚠ Las denuncias deben efectuarse ***de inmediato*** ante cualquier sospecha.

El incumplimiento de la obligación de denunciar puede dar lugar a penalizaciones, sanciones administrativas o enjuiciamiento penal según las leyes federales y estatales de Rhode Island aplicables.

9. Calendario de cumplimiento: Fechas de entrada en vigor clave para el Programa de CHW

Esta sección describe plazos clave de cumplimiento, fechas de implementación y referencias cruzadas a las secciones del Manual del Programa de Trabajadores Comunitarios de la Salud (CHW) de Medicaid de Rhode Island, donde se pueden encontrar detalles adicionales. Todos los proveedores de CHW y las entidades de facturación organizacional deben cumplir con estas fechas para mantener Medicaid.


Lanzamiento del programa y control de versiones

Elemento de cumplimiento	Fecha de entrada en vigor	Notas	Referencia cruzada
Entrada en vigencia del Manual de CHW v4.0	Mayo de 2025	Reemplaza todas las directrices anteriores sobre CHW	Sección 1.1
Manual de CHW v4.1	Junio de 2025	Reemplaza todas las directrices anteriores sobre CHW	
Manual de CHW v4.2	Agosto de 2025	Reemplaza todas las directrices anteriores sobre CHW	

Requisitos de servicio y autorización

Requisito	Fecha de entrada en vigor	Notas	Referencia cruzada
Necesidad médica y derivación de un LPHA	19 de mayo de 2025	Ya no se permiten las órdenes permanentes	Sección 2.0
El NPI del OPR debe figurar en todas las reclamaciones	1 de julio de 2025	Requisito para las autorizaciones del LPHA	Sección 7.5.3
Requisito de NPI del CHW prestador del servicio	1 de octubre de 2025	Requisito para todas las reclamaciones de CHW	Sección 7.5.3

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

 Cambios en códigos de facturación y modificadores

Requisito	Fecha de entrada en vigor	Notas	Referencia cruzada
Discontinuación del modificador U3	19 de mayo de 2025	No se aplicará la tarifa mejorada para nuevos pacientes	Sección 7.5.4
Códigos Z prohibidos como diagnóstico principal	1 de julio de 2025	Se denegarán las reclamaciones si se utilizan solos	Sección 7.5.3
Nuevos códigos: H0038, S9445, S9446	1 de julio de 2025	Discontinuación de los códigos T1016	Secciones 7.5.2, 7.6
Modificadores U2/U4 obligatorios	1 de julio de 2025	Para todos los códigos basados en sesiones	Sección 7.5.3

 Limitaciones del servicio y autorizaciones previas

Requisito	Fecha de entrada en vigor	Notas	Referencia cruzada
Límite diario de 2 horas	19 de mayo de 2025	Se aplica a todos los códigos de CHW	Sección 7.5.1
Límite mensual de 12 horas	1 de julio de 2025	Se aplica a todos los códigos de CHW	Sección 7.5.1
Se requiere PA para superar los límites diarios/mensuales	19 de mayo de 2025	Se aplica tanto a FFS como a MCO	Sección 7.5.5

 Requisitos para las sesiones grupales

Requisito	Fecha de entrada en vigor	Notas	Referencia cruzada
No se facturan los grupos abiertos/sin cita previa	19 de mayo de 2025	Se requiere derivación de un LPHA para cada asistente	Sección 7.9.3
Transición del código de grupo a S9446	1 de julio de 2025	Reemplaza al T1016-HQ	Sección 7.6
Máx. 8 participantes por grupo	1 de julio de 2025	Se aplica un límite estricto de tamaño	Sección 7.9.1

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

✗ Discontinuación del servicio

Discontinuación del servicio	Fecha de entrada en vigor	Notas	Referencia cruzada
Servicios complementarios	19 de mayo de 2025	T1016 deja de ser facturable	Sección 3.4
Planificación de la atención multidisciplinaria	19 de mayo de 2025	T1016 deja de ser facturable	Sección 3.4

☰ Inscripción y acreditación

Requisito	Fecha de entrada en vigor	Notas	Referencia cruzada
Se requiere NCBC	23 de mayo de 2025	Se requiere NCBC para todos los CHW nuevos o que se reinscriban	Sección 6.4
Nuevo tipo de inscripción de CHW activado en el Portal de salud	Septiembre de 2025	“CHW” reemplaza a “Atípico”	Sección 6.3.2
Reinscripción obligatoria para proveedores de CHW	1 de octubre de 2025	Solicitudes al FI con NPI y afiliación organizacional	Sección 6.3.3
Certificación completa del RICB obligatoria	1 de octubre de 2025	Finalización de la vía de transición	Sección 5.1.2
Afiliación grupal para CHW obligatoria	1 de octubre de 2025	Las personas deben estar bajo un grupo de facturación	Secciones 5.2.3, 6.1
NPI obligatorio para CHW	1 de octubre de 2025	Deben estar registrado en NPES	Sección 6.2

Recordatorio de cumplimiento

Todos los CHW, proveedores de facturación organizacional, organizaciones de atención administrada (MCO) y delegados de intermediarios fiscales (FI) son responsables de supervisar e implementar todos los requisitos de cumplimiento descritos en este Manual del Programa de CHW.

El incumplimiento de los plazos de cumplimiento puede dar lugar a las siguientes medidas:

- Denegación o recuperación de reclamaciones.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

- Cancelación de la afiliación del proveedor.
- Sanciones administrativas.
- Derivación a la Unidad de Integridad del Programa Medicaid o a la Unidad de Control contra Fraude a Medicaid (MFCU).

APÉNDICE A: Información de contacto y herramientas útiles

Acceso a recursos clave en línea

- Portal de salud de Medicaid RI (HCP): <https://www.riproviderportal.org>
- Página de recursos del portal de salud:
<http://www.eohhs.ri.gov/ProvidersPartners/HealthcarePortal.aspx>
- Calendario de pago y procesamiento de reclamaciones del año fiscal estatal (SFY):
<https://eohhs.ri.gov/providers-partners/billing-and-claims/payment-and-processing-schedule>
- Búsqueda de códigos de diagnóstico de la CIE-10: <https://www.icd10data.com>
- Sitio web de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS): <https://eohhs.ri.gov/>
- Sistema de Enumeración de Planes y Proveedores Nacionales (NPPES), solicitudes de NPI: <https://nppes.cms.hhs.gov>
- Línea de información sobre fraude, desperdicio y abuso (FWA):
 - Teléfono: (401) 462-6503
 - Correo electrónico: program.integrity@ohhs.ri.gov

Información de contacto de proveedores

- Servicios a proveedores (Gainwell Technologies):
riproviderservices@gainwelltechnologies.com
- Inscripción de proveedores (Gainwell Technologies):
rienrollment@gainwelltechnologies.com
- Servicio de asistencia al cliente:
 - Teléfono: (401) 784-8100 (local)
 - Teléfono: 1-800-964-6211 (línea gratuita)
 - Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (EST)
- Contacto para apoyo con reclamaciones:
 - Andrea Rohrer (Gainwell Technologies)
 - Correo electrónico: Andrea.Rohrer@gainwelltechnologies.com
 - Teléfono: (469) 897-4389

APÉNDICE B: Glosario de siglas y términos clave

APÉNDICE B.1: Términos clave

N.º	Sigla	Significado
1	AE	Entidad responsable
2	ASTHO	Asociación de Funcionarios de Salud Estatales y Territoriales
3	BHDDH	Salud del Comportamiento, Discapacidades del Desarrollo y Hospitales
4	CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
5	CHW	Trabajador comunitario de la salud
6	CFCM	Gestión de casos libre de conflictos
7	CMS	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
8	CPT	Terminología de procedimientos actuales
9	DCYF	Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (Rhode Island)
10	EFT	Transferencia electrónica de fondos
11	EOHHS	Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Rhode Island)
12	EPSDT	Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos
13	FFS	Pago por servicio
14	FI	Intermediario fiscal
15	FQHC	Centro de salud calificado federalmente
16	FWA	Fraude, desperdicio y abuso
17	HCP	Portal de salud
18	HCPCS	Sistema de codificación de procedimientos comunes de atención médica
19	HHS	Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
20	HRSA	Administración de Recursos y Servicios de Salud
21	HRSN	Necesidades sociales relacionadas con la salud
22	CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10. ^a Revisión
23	ICF	Centro de cuidados intermedios
24	LEA	Agencia de Educación Local
25	LPHA	Profesional con licencia en artes curativas
26	MAC	Reclamación administrativa de Medicaid
27	MCO	Organización de atención médica administrada
28	MFCU	Unidad de Control contra Fraude a Medicaid
29	MMIS	Sistema de Información de Gestión de Medicaid
30	NCBC	Verificación de antecedentes penales nacionales
31	NEMT	Transporte médico no urgente
32	NPI	Identificador Nacional de Proveedor
33	NPES	Sistema de Enumeración de Planes y Proveedores Nacionales
34	PACE	Programa de Cobertura Total de Salud para Personas de la Tercera Edad
35	PES	Provider Electronic Solutions
36	PI	Integridad del Programa (Oficina)
37	RICB	Consejo de Certificación de Rhode Island

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

38	RIDOH	Departamento de Salud de Rhode Island
39	SMA	Agencia Estatal Única de Medicaid
40	SPA	Enmienda al Plan Estatal
41	TCM	Gestión de casos específicos

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

APÉNDICE B.2: Términos clave

N.º	Término	Definición
1	Beneficiario	Persona inscrita en Medicaid de Rhode Island y elegible para recibir los servicios cubiertos.
2	Reclamación limpia	Reclamación de Medicaid completa y precisa con toda la documentación requerida y sin problemas de elegibilidad o formato pendientes (Sección 447.45[b] del Título 42 del CFR).
3	Servicios complementarios	Servicios de coordinación indirecta que se discontinuarán para la facturación de CHW el 19 de mayo de 2025.
4	Gestión de casos libre de conflictos (CFCM)	Gestión de casos de Medicaid que garantiza la separación entre la planificación y la prestación de servicios a fin de prevenir conflictos de intereses.
5	Conocimiento clínico directo	Conocimiento verificado de la afección o las necesidades de tratamiento de un beneficiario, obtenido mediante una licencia, la documentación de un proveedor tratante o la participación de un equipo multidisciplinario.
6	Revisión de conducta intachable (GMC)	Proceso de revisión de la EOHHS para solicitantes de CHW con antecedentes penales para determinar su elegibilidad sobre la base de su rehabilitación.
7	Sesión grupal	Sesión de servicio interactiva impartida por un CHW para varios beneficiarios de Medicaid a la vez, sujeta a los límites de participantes y a los requisitos de documentación.
8	Educación y capacitación en salud	Educación estructurada y de base empírica, impartida a beneficiarios, que aborda una afección crónica o un factor de riesgo documentado por un LPHA.
9	Promoción y asesoramiento en salud	Asesoramiento directo para ayudar a los beneficiarios a gestionar o reducir los riesgos asociados con afecciones diagnosticadas, en consonancia con los objetivos de un LPHA.
10	Orientación en el sistema de salud y coordinación de recursos	Asistencia directa a beneficiarios de Medicaid para acceder a servicios de atención médica y apoyo comunitario.
11	Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN)	Determinantes sociales que afectan los resultados de salud de un beneficiario, lo que incluye necesidades de vivienda, alimentación, transporte y seguridad.
12	Incentivo	Oferta u obsequio prohibido destinado a influir en el uso de servicios o la selección de un proveedor por parte de un beneficiario de Medicaid, en contravención de las leyes antisoborno federales o estatales.
13	Profesional con licencia en artes curativas (LPHA)	Profesional clínico con licencia en Rhode Island, autorizado para emitir derivaciones de Medicaid para servicios de CHW.

**Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (Rhode Island Executive
Office of Health and Human Services)
Programa Medicaid**

14	Entidad delegada contratada de atención médica administrada	Subcontratista autorizado por una MCO de Medicaid para prestar o supervisar servicios de salud específicos.
15	Materiales de marketing	Cualquier comunicación producida por o en nombre de un proveedor o una MCO con la intención de influir en la inscripción, el uso o la percepción de los servicios de Medicaid. Incluye promociones impresas, digitales, de radiodifusión o verbales. Sujeto a los requisitos de aprobación federal (Sección 438.104 del Título 42 del CFR).
16	Intermediario fiscal (FI) de Medicaid	Entidad responsable de la inscripción de proveedores y el procesamiento de reclamaciones de Medicaid bajo contrato con la EOHHS (actualmente Gainwell Technologies).
17	Fraude, desperdicio y abuso (FWA)	Acciones inapropiadas que dan lugar a beneficios no autorizados de Medicaid o costos innecesarios del programa.
18	Necesidad médica	Servicio requerido para diagnosticar, prevenir o tratar una afección médica, de conformidad con los estándares médicos aceptados y las regulaciones de Medicaid (Sección 440.230 del Título 42 del CFR).
19	Modificador	Código de reclamación adicional utilizado para especificar que un servicio se prestó de forma modificada (p. ej., sesión grupal).
20	Equipo de atención multidisciplinario	Colaboración entre un CHW y un equipo de atención clínica para desarrollar o coordinar el plan de atención de un beneficiario; la facturación a Medicaid se discontinúa el 19 de mayo de 2025.
21	Consejo de Certificación de Rhode Island (RICB)	Organismo oficial de acreditación reconocido por la EOHHS para certificar a los trabajadores comunitarios de la salud (CHW) para la elegibilidad de facturación a Medicaid.
22	Orden permanente	Autorización general para servicios, no específica para cada paciente, prohibida para la facturación de CHW a Medicaid.
23	Acuerdo de Socio Comercial.	Acuerdo formal con el intermediario fiscal (FI) de Medicaid que permite la presentación electrónica de reclamaciones y el cumplimiento de la HIPAA.
24	Certificación transitoria	Estatus de certificación temporal para CHW inscritos en un programa de capacitación aprobado; válido hasta el 19 de mayo de 2025, con certificación completa requerida para el 1 de octubre de 2025.