



# ÍNDICE DE SERVICIOS DE EXENCIÓN DE OPCIONES COMUNITARIAS

## Efectivo 1º de abril del 2023

### Tabla de contenido

Requerimientos de servicios de la División de Financiamiento de Servicios Médicos	2
Servicios diurnos para adultos	4
Servicios en centros de vida asistida	6
Administración de casos	7
Modificaciones ambientales	11
Comidas entregadas a domicilio	13
Ayudante de asistencia médica a domicilio	14
Servicios de tareas domésticas	15
Transporte no médico	16
Sistemas de Respuesta para Emergencias Personales (PERS)	17
Servicios de apoyo personal	18
Respiro	20
Enfermería especializada	21
Administración de casos intensiva para transiciones	22
Gastos de instalación para transiciones	23

### Requerimientos de servicios de la División de Financiamiento de Servicios Médicos

Los servicios de Exención de Opciones Comunitarias (CCW) definidos en este documento deberán realizarse de la manera descrita en las definiciones de servicios. Los servicios deben satisfacer las necesidades evaluadas de cada participante. Según el Acuerdo de Proveedores de Medicaid de Wyoming, los proveedores y administradores de casos de CCW deben conocer bien las normas y reglamentos de Medicaid del Departamento de Salud que afectan los servicios de CCW, deben tener las calificaciones de proveedores establecidas en el Acuerdo de CCW con los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid y deben cumplir con las disposiciones del Acuerdo de Proveedores de Medicaid de Wyoming.

Muchos proveedores de servicios de CCW deben tener una licencia o aprobación adicional a través de otras entidades del Estado de Wyoming. Es esencial obtener y mantener esta licencia para proveer los servicios de CCW. Las entidades sin una licencia apropiada serán referidas a Integridad de Programas para una posible recuperación de fondos y enfrentarán consecuencias adicionales sobre la acreditación de proveedores, aun incluyendo la terminación de su acuerdo de proveedores.

Cada servicio, en combinación con otros servicios incluidos en el plan de servicios de un participante, debe determinarse como necesario en la evaluación de las necesidades del participante realizada por el administrador de casos. El plan de servicios del participante debe considerar los servicios para cubrir el plan de todo el año. Con excepción de los servicios de administración de casos que los participantes deben recibir cada mes, no se requiere un número mínimo de unidades de servicios.

Los servicios de exención no deberán duplicar los servicios ofrecidos a través de otra fuente de financiamiento como la Sección 10 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (Rehabilitación Vocacional o Servicios Laborales), la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (20 U.S.C. 1401 et seq.) o el Plan Estatal de Medicaid.

Los servicios dirigidos por el participante deberán realizarse de la manera descrita en las definiciones de servicios y satisfacer las necesidades evaluadas del participante. Los servicios ofrecidos que son dirigidos por el participante solamente son facturables en incrementos de 15 minutos. El Empleador de Récorde debe asegurar que todos los servicios dirigidos por el participante se acomoden al presupuesto dirigido por el participante. Los servicios dirigidos por el participante de CCW permiten la contratación de cualquier persona que tenga cuando menos 18 años de edad, incluyendo los parientes que no sean legalmente responsables por el participante.

El programa de CCW no permite que un cónyuge u otra persona legalmente responsable sea reembolsado por proveer servicios de CCW.

Un número de Identificador de Proveedores Nacionales (NPI) es requerido para los proveedores de los servicios siguientes:

- Administración de casos
- Apoyo personal (no dirigido por el participante)
- Enfermería especializada
- Ayudante de asistencia médica a domicilio
- Servicios diurnos para adultos (modelos de salud y social)
- Centros de vida asistida

Otros servicios de exención no requieren referir u ordenar que el NPI de los proveedores se indique en los reclamos de facturación. El Servicio de Administración Financiera (FMS) contratado para proveer apoyo a los participantes que dirigen los servicios a través de la dirección del participante en CCW deberá mantener un solo NPI que está asociado con los Servicios Comunitarios y Domiciliarios (HCBS) dentro de DHCF. El FMS no tiene requerido obtener un segundo NPI para procesar los reclamos de CCW.

Servicio	Código	Tarifa	Unidad
<b>Servicios diurnos para adultos</b>	Modelo de salud	S5101 U7	\$34.06
	Modelo social	S5101	\$26.84
			Medio día

Los servicios diurnos para adultos generalmente se proveen cuatro o más horas por día de una manera programada regularmente como se indica en el plan de servicios. Los servicios deben proveerse en un ambiente comunitario no institucional que pueden abarcar los servicios de salud y sociales necesarios para asegurar el funcionamiento óptimo del participante.

Los servicios del modelo de salud incluyen socialización de grupo y acompañamiento, asistencia con actividades de la vida diaria y supervisión como se indica en un plan de programas. El plan de programas debe individualizarse en base a las necesidades evaluadas del participante e incluir metas realistas y medibles.

Los servicios del modelo social incluyen apoyos de socialización de grupo y acompañamiento para los participantes en riesgo de aislamiento o soledad. Solamente puede proveerse la asistencia incidental con las actividades de la vida diaria. Un meta medible no se requiere para este modelo de servicios.

### Exclusiones y limitaciones

Los servicios del modelo de salud están limitados a un máximo de 520 unidades por año del plan de servicios o el equivalente prorrateado de cinco días por semana durante ocho horas por día. Los servicios del modelo social están limitados a un máximo de 312 unidades por año del plan de servicios o el equivalente prorrateado de tres días por semana durante ocho horas por día. Los servicios no incluyen la provisión de terapia física, ocupacional o del habla, lenguaje y escuchar disponible bajo el Plan Estatal de Medicaid. Los servicios diurnos para adultos no pueden proveerse solamente para propósitos de entretenimiento o recreativos.

Las comidas provistas como parte de estos servicios no deberán constituir un régimen nutricional completo y no tienen la intención de servir como la única fuente de nutrición para el participante. Si se identifica la inseguridad alimentaria como un riesgo en la evaluación del participante, el plan de servicios debe abordar cómo satisfacer las necesidades alimenticias adicionales. Los costos de transporte del participante no están asociados con los servicios diurnos para adultos y deben facturarse por separado.

Los servicios diurnos para adultos no pueden proveerse virtualmente.

El reembolso está limitado a los siguientes tipos de proveedores:

- Modelo de salud - Centros de cuidados diurnos para adultos con una licencia de la División de Adultos Mayores del Departamento de Salud de Wyoming de acuerdo con W.S. 35-2-901(a)(xxiii).

- Modelo social – Centros para adultos mayores según lo establecido por W.S. 9-2-1201(a)(iii) y supervisados por la División de Adultos Mayores del Departamento de Salud de Wyoming como confiables y capaces de recibir subvenciones para los servicios de la Ley de Estadounidenses de Edad Mayor de acuerdo con W.S. 9-2-1204(a)(vii).

Servicio		Código	Tarifa	Unidad
<b>Servicios en centros de vida asistida</b>	Estándar	T2031	\$70.44	Diariamente
	Unidad de cuidados para pérdida de la memoria	T2031 U8	\$82.49	

Los servicios en centros de vida asistida incluyen servicios de cuidado y apoyo personal en la medida permitida por las leyes estatales. Los servicios deben proveerse en un ambiente residencial que cumpla con los requerimientos de ambientes comunitarios y residenciales e incluye una capacidad de respuesta en el sitio de 24 horas para satisfacer las necesidades de los residentes programadas e impredecibles y para proveer una supervisión, seguridad y protección. Los servicios incluyen actividades sociales y recreativas y una asistencia de medicamentos permitidos por la ley.

En caso de que las necesidades de un participante se extiendan más allá de la capacidad del centro para apoyar esas necesidades dentro de la autoridad otorgada por su licencia, el centro puede consultar al administrador de casos del participante para coordinar servicios adicionales de Medicaid o no Medicaid para suplementar, pero no reemplazar, los cuidados provistos por el centro de vida asistida. El centro de vida asistida es responsable de coordinar los servicios provistos por terceros.

### Exclusiones y limitaciones

El reembolso no incluye los costos de hospedaje y comida, artículos de confort o conveniencia ni tampoco mantenimiento, conservación y mejoramiento de los centros.

Los costos de transporte del participante no están asociados con los servicios de centros de vida asistida y deben facturarse por separado. Los servicios de enfermería y terapia especializada son incidentales en vez de ser parte integral de la provisión de servicios de vida asistida; por lo tanto, el reembolso no incluye cuidados especializados de 24 horas.

El reembolso está limitado a los centros de vida asistida con una licencia de la División de Adultos Mayores del Departamento de Salud de Wyoming de acuerdo con W.S. 35-2-901(a)(xxii).

Servicio	Código	Tarifa	Unidad	
<b>Administración de casos</b>	Desarrollo del plan de servicios/actualización anual	T2024 U6	\$507.81	Plan inicial/actualización anual
	Monitoreo mensual	T2022	\$193.50	Mensualmente
	Monitoreo mensual - Certificado de entrenamiento	T2022 UB	\$203.17	Mensualmente

Los servicios de administración de casos asisten a los participantes para que tengan acceso a los servicios de exención y otros servicios necesarios del Plan Estatal de Medicaid, así como también a otros servicios médicos, sociales, emocionales, educativos y de otro tipo, sin importar la fuente de financiamiento para tener acceso a los servicios.

Los servicios de administración de casos incluyen:

- Evaluación comprensiva y reevaluación periódica de las necesidades del participante para determinar la necesidad de cualquier servicio médico, educativo, social o de otro tipo.
- Facilitación y supervisión del desarrollo y revisión periódica de un plan de servicios enfocado en la persona. Los administradores de casos no pueden agregar o reducir servicios de exención, a menos que estos correspondan con la necesidad evaluada del participante y que sean elegidos por el participante.
- Servicios de coordinación, referencias y otras actividades relacionadas como la programación de citas para el participante, para ayudar a que el participante obtenga los servicios necesarios. Otros servicios necesarios pueden incluir actividades que conectan al participante con los proveedores médicos, sociales y educativos u otros programas y servicios que abordan las necesidades identificadas del participante y logran las metas especificadas en el plan de servicios del participante.
- Implementación del plan de servicios, monitoreo y actividades de seguimiento, incluyendo las actividades y contactos que son necesarios para asegurar que el plan de servicios se implemente con efectividad y aborde apropiadamente las necesidades y deseos del participante. **Debe hacerse cuando menos un contacto mensual. Una visita en persona a la residencia del participante debe hacerse cuando menos una vez por trimestre del calendario y debe completarse un formulario de verificación de visitas trimestrales de CCW.** Pueden hacerse otros contactos con el participante, representante legalmente autorizado, miembros de la familia, proveedores de servicios u otras entidades e individuos, y deben hacerse con la frecuencia que sea necesaria para:
  - o Asegurar que los servicios son provistos de acuerdo con el plan de servicios del participante;
  - o Revisar la utilización de servicios, lo cual puede incluir una evidencia de cumplimiento con EVV;
  - o Evaluar la efectividad del plan de servicios para satisfacer las necesidades del participante;

- o Identificar los cambios en las condiciones y circunstancias del participante;
- o Evaluar para identificar posibles riesgos o inquietudes;
- o Verificar mensualmente con el participante que el equipo del Sistema de Respuesta para Emergencias Personales (PERS) funcione apropiadamente y reportar las inquietudes al proveedor de PERS;
- o Evaluar la satisfacción del participante con los servicios y apoyos; y
- o Hacer los cambios necesarios en el plan de servicios y acuerdos de servicios con los proveedores.
- Provisión de información y asistencia para apoyar los servicios dirigidos por el participante cuando sea necesario para:
  - o Informar al participante sobre las oportunidades de servicios dirigidos por el participante;
  - o Si el participante expresa un interés por servicios dirigidos por el participante, asegurar que el participante esté informado sobre los posibles beneficios, responsabilidades, riesgos asociados con la dirección del participante;
  - o Determinar si el participante cumple con los criterios adicionales para servicios dirigidos por el participante;
  - o Asistir al participante o Empleador de Registros (EOR) para obtener y completar los documentos requeridos;
  - o Determinar la asignación del presupuesto mensual del participante;
  - o Coordinarse con la agencia de Servicios de Administración Financiera (FMS);
  - o [Revisar la asignación del presupuesto mensual para servicios dirigidos por el participante, lo cual puede incluir una evidencia de cumplimiento con EVV; y](#)
  - o Monitorear la efectividad, calidad y gastos de los servicios dirigidos por el participante con respecto a la asignación del presupuesto mensual.

### **Responsabilidades de las agencias de administración de casos**

Las agencias de administración de casos son responsables de lo siguiente:

- Asignar una (1) persona para actuar como el contacto principal de la División y asumir la responsabilidad por el manejo y operación de la agencia de administración de casos. Cuando sea posible, también debería asignarse un contacto secundario;
- Asegurar que todos los administradores de casos cumplan con los requerimientos descritos en el Manual de Exención de Opciones Comunitarias y el administrador de casos de CCW, incluyendo todos los entrenamientos requeridos para proveer los servicios de administración de casos;
- Tener mecanismos internos para evaluar y manejar el desempeño de cada administrador de casos. Si la agencia no aborda las inquietudes sobre el desempeño de un administrador de casos a la satisfacción de la División, la División puede requerir que el administrador de casos vuelva a entrenarse u otras acciones disciplinarias progresivas, aun incluyendo la terminación del estatus del administrador de casos como un administrador de casos de CCW.
- Mantener los recursos administrativos y de contratación de personal adecuados y los sistemas de respaldo de emergencia para proveer los servicios de administración de casos de acuerdo con todos los requerimientos estatales y federales;
- Asignar una (1) persona para servir como el administrador de casos principal del participante en base a las preferencias del participante;

- Asegurar que todos los participantes tengan un administrador de casos de respaldo en caso de que el administrador de casos principal no pueda proveer los servicios de administración de casos por cualquier razón;
- Proveer información actualizada sobre los servicios, apoyos y recursos locales y estatales públicos y privados para los participantes o individuos indagando en su nombre;
- Establecer y mantener relaciones de trabajo con los recursos comunitarios, apoyos, organizaciones, hospitales, proveedores de servicios y otras entidades que asisten para satisfacer las necesidades del participante.
- Colaborar con otras entidades cuando sea necesario para apoyar a los participantes;
- Asegurar que los administradores de casos tengan acceso a los estatutos estatales y federales, regulaciones y otros documentos e información relevantes para la provisión de servicios de administración de casos;
- Asegurar que los administradores de casos mantengan un conocimiento práctico sobre las políticas y procedimientos de CCW;
- Superar las barreras geográficas, incluyendo la distancia para llegar al participante, y proveer oportunamente los servicios de administración de casos;
- Asegurar que los servicios de administración de casos estén disponibles cuando menos durante las horas laborales normales (de lunes a viernes de 9:00 AM a 5:00 PM, excluyendo los días festivos estatales).
- Proveer acceso a un sistema de teléfono y personal entrenado para asegurar una respuesta oportuna a los mensajes y llamadas de teléfono recibidos fuera de las horas laborales normales.
- Asegurar que la agencia cumpla con los estándares de facturación estándares, incluyendo asegurar que solamente una (1) unidad de monitoreo mensual por participante sea facturada por mes;
- **Presentar la información y los reportes requeridos por la División;**
- Mantener la documentación suficiente para justificar los reclamos de reembolsos de servicios de administración de casos por seis (6) años después de la fecha de servicios, incluyendo todos los documentos, registros, comunicaciones, notas, credenciales del administrador de casos y otros materiales relacionados con los servicios provistos y el trabajo desempeñado; y
- Facilitar el acceso a dispositivos de telecomunicación e intérpretes para los participantes con impedimentos auditivos o vocales, y el acceso a intérpretes de idiomas extranjeros cuando sea necesario para realizar todas las actividades de administración de casos requeridas. Si un participante necesita servicios de traducción, el administrador de casos debe contactar al especialista de beneficios y elegibilidad del área para más información.

## Exclusiones y limitaciones

El plan de servicios del participante debe revisarse y actualizarse anualmente. Solamente una unidad de desarrollo del plan de servicios/actualización anual puede facturarse para cada plan de servicios o renovación de plan de servicios que se desarrolle. El reembolso del monitoreo mensual incluye cualquier actividad de modificación periódica del plan de servicios para asegurar que el plan de servicios se implemente con efectividad y aborde apropiadamente las necesidades y deseos del participante. Las unidades de actualización anual del plan de servicios y monitoreo mensual pueden reembolsarse en el

mismo mes si las actividades de monitoreo mensual se realizan y documentan por separado de las actividades de actualización anual del plan de servicios.

Las actividades no facturables incluyen:

- Actividades auxiliares, de supervisión o administrativas, tales como envíos por correo postal, fotocopiado, archivado y actividades asociadas con la renovación de certificación de proveedores.
- El tiempo que se pasa con el participante o representante legalmente autorizado por razones sociales, a menos que las actividades de administración de casos facturables también estén ocurriendo. Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid no consideran los intercambios de contacto y sociales incidentales como actividades de administración de casos.
- Tiempo para transportarse, el cual ya fue incluido como parte de la tarifa para este servicio.

El reembolso está limitado a los siguientes tipos de proveedores:

- Agencias de administración de casos, las cuales son corporaciones, compañías de responsabilidad limitada (LLC), organizaciones sin fines de lucro, propietarios únicos u otras entidades de negocios registradas en buenos términos con el secretario del Estado de Wyoming.
- Agencias de enfermería de salud pública.

### **Administración de casos libre de conflictos**

La agencia de administración de casos y el administrador de casos que son responsables de desarrollar el plan de servicios del participante deben cumplir con los siguientes estándares sobre conflictos de interés:

- El administrador de casos no debe tener una relación de sangre o matrimonial con el participante o con ninguna persona pagada para proveer servicios de CCW al participante;
- El administrador de casos no debe compartir una residencia con el participante o con ninguna persona pagada para proveer servicios de CCW al participante;
- El administrador de casos o agencia de administración de casos no debe ser financieramente responsable por el participante;
- El administrador de casos o agencia de administración de casos no debe tener la autoridad de tomar decisiones financieras o médicas en nombre del participante; y
- El administrador de casos o agencia de administración de casos no debe poseer, operar, estar empleado por o tener un interés financiero en ninguna entidad pagada para proveer servicios de CCW al participante. Interés financiero incluye una propiedad o interés de inversión directa o indirecta o cualquier acuerdo de compensación directa o indirecta.

Servicio	Código	Tarifa	Unidad
<b>Modificaciones ambientales</b>	S5165NU Nuevo	PA#	Por evento
	S5165 Reparación		

Las modificaciones ambientales incluyen las adaptaciones físicas funcionalmente necesarias en la residencia del participante, tal y como se indica en el plan de servicios del participante, que son necesarias para asegurar la salud, bienestar y seguridad del participante para que pueda quedarse en su hogar en vez de un entorno institucional. Las adaptaciones incluyen instalación de rampas y barras de apoyo, ensanchamiento de puertas, modificación de cuartos de baño o instalación de sistemas eléctricos o de plomería especializados que sean necesarios para acomodar los equipos y suministros médicos necesarios para el bienestar del participante.

Para demostrar la necesidad de una modificación ambiental, es necesario que un terapeuta ocupacional o fisioterapeuta con licencia realice una evaluación. El costo de una evaluación realizada para un participante que busca salirse de un centro de enfermería para recibir servicios comunitarios puede presentarse como parte del servicio general de modificaciones ambientales. El plan estatal de Medicaid debe pagar las evaluaciones de los participantes actuales de CCW o las personas que participan en otro programa de Medicaid.

Todos los servicios deberán proveerse de acuerdo con los códigos de construcción locales y estatales correspondientes.

### Exclusiones y limitaciones

Un límite de por vida de \$20,000 por familia se aplica a este servicio.

Las adaptaciones que agreguen a la superficie total de la vivienda se excluyen de este beneficio, excepto cuando sean necesarias para completar una adaptación (por ejemplo, con el fin de mejorar la entrada o salida de una residencia o configurar un cuarto de baño para acomodar una silla de ruedas). Quedan excluidas las adaptaciones o mejoramientos de una vivienda que sean de utilidad general y no sean un beneficio médico o curativo directo para el participante.

Las modificaciones de viviendas rentadas o arrendadas deberán ser alteraciones extraordinarias que solamente se necesitan para el individuo y por las cuales el dueño de la propiedad normalmente no sería responsable.

Se excluyen las adaptaciones cubiertas por el Plan Estatal de Medicaid, un centro de vida independiente estatal o rehabilitación vocacional. Los administradores de casos tienen requerido contactar a Medicaid de Wyoming para determinar si la modificación solicitada está cubierta bajo el Plan Estatal de Medicaid, además de firmar un formulario de verificación de terceros indicando que la Exención de Opciones

Comunitarias es el pagador como último recurso. Las modificaciones ambientales no deberán proveerse para modificar los entornos poseídos o arrendados por los proveedores de servicios de exención.

El administrador de casos no deberá obtener estimaciones hasta que el alcance general del proyecto sea aprobado por la División.

La División puede usar un tercero para hacer una visita del sitio para evaluar la modificación propuesta y la necesidad de la modificación para asegurar una rentabilidad.

Si las modificaciones ambientales se hacen como parte de la transición de un participante para dejar un centro de enfermería, el servicio no se considera completo y no puede enviarse para recibir un pago, hasta el primer día en que el individuo recibiendo los servicios sea dado de alta del centro de enfermería y actualmente sea un participante de CCW.

Servicio	Código	Tarifa	Unidad
<b>Comidas entregadas a domicilio</b>	Calientes	S5170 SE	\$10.65
	Congeladas	S5170	\$7.88
			1 comida

Los servicios de comidas entregadas a domicilio incluyen las comidas calientes o congeladas que se entregan en el domicilio del participante cuando el participante no puede preparar sus propias comidas y la persona regularmente responsable de estas actividades está temporalmente ausente o no puede realizar estas actividades. Las comidas provistas bajo este servicio cumplirán con los estándares para los servicios nutricionales proporcionados bajo Título III de la Ley de Estadounidenses de Edad Mayor.

Las comidas calientes se definen como las comidas listas para consumirse que se entregan una o dos veces diariamente por el proveedor de comidas. Si durante la entrega de comidas el proveedor observa problemas con el bienestar del participante, el proveedor debe reportar los problemas al administrador de casos del participante y, si es necesario, a la División como un incidente.

Las comidas congeladas se definen como las comidas que son preparadas y empacadas comercialmente y entregadas a granel a través de un servicio de envíos postales o entregas.

### Exclusiones y limitaciones

Este servicio está limitado a dos comidas por día. Las comidas provistas como parte de estos servicios no deberán constituir un régimen nutricional completo y no tienen la intención de servir como la única fuente de nutrición para el participante. Si se identifica la inseguridad alimentaria como un riesgo en la evaluación del participante, el plan de servicios debe abordar cómo satisfacer las necesidades alimenticias adicionales. Las comidas calientes no pueden reemplazar o duplicar las comidas provistas como parte de otro servicio de exención o las comidas que el participante recibe como parte del hospedaje y comida ya pagados a un proveedor de cuidados residenciales.

Los proveedores deben cumplir con los estándares establecidos en el acuerdo de Exención de Opciones Comunitarias. El reembolso está limitado a los siguientes tipos de proveedores:

- Operadores de servicios de comidas comerciales con licencia o permitidos por el Estado donde se ubica el centro de preparación para servicios de comidas comerciales.
- Una agencia supervisada por la División de Adultos Mayores del Departamento de Salud de Wyoming como confiable y capaz de recibir subvenciones para los servicios de la Ley de Estadounidenses de Edad Mayor de acuerdo con W.S. 9-2-1204(a)(vii).

Servicio	Código	Tarifa	Unidad
<b>Ayudante de asistencia médica a domicilio</b>	T1004	\$10.36	15 minutos

Los servicios de ayudantes de asistencia médica a domicilio incluyen la asistencia de medio tiempo o intermitente para los cuidados personales y otras necesidades de la vida diaria que están dentro del alcance de la práctica y que son requeridos proveerse por un asistente de enfermería certificado (CNA) bajo la Ley de Prácticas de Enfermería de Wyoming.

Los servicios de ayudantes de asistencia médica a domicilio de HCBS difieren en su naturaleza y alcance de los servicios de ayudantes de asistencia médica a domicilio del Plan Estatal de Medicaid. Los servicios de ayudantes de asistencia médica a domicilio no se limitan a servicios de rehabilitación, pueden proveerse a largo plazo, no están sujetos a la revisión de un doctor cada 60 días y pueden incluir tareas domésticas generales como preparación de comidas, compra de comestibles o artículos de necesidad personal y limpieza ligera del hogar, cuando esas tareas sean incidentales para el cuidado personal provisto durante una visita, el participante no puede completar estas tareas y el individuo regularmente responsable de estas actividades está temporalmente ausente o no puede realizar estas actividades.

Los servicios de ayudantes de asistencia médica a domicilio pueden proveerse en el hogar o en la comunidad cuando el participante requiera una asistencia para poder participar en las actividades comunitarias o acceder a otros servicios. [El participante debe estar presente durante la provisión de los servicios de ayudantes de asistencia médica a domicilio.](#)

### Exclusiones y limitaciones

Los servicios de ayudantes de asistencia médica a domicilio no pueden duplicar aquellos disponibles a través del Plan Estatal de Medicaid, cobertura de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT), Plan Educativo Individual (IEP) u otras fuentes de financiamiento. [Las tareas de servicios domésticos incidentales no deberán constituir la totalidad de este servicio. Los servicios de apoyo personal y de ayudantes de asistencia médica a domicilio pueden incluirse ambos en el plan de servicios de un participante, pero los servicios no pueden proveerse al mismo tiempo.](#)

Los servicios de ayudantes de asistencia médica a domicilio no incluyen acompañamiento u otros servicios que son de entretenimiento o recreativos por naturaleza. Los costos de transporte del participante no están asociados con la provisión de servicios de ayudantes de asistencia médica a domicilio y deben facturarse por separado.

El reembolso está limitado a las agencias de asistencia médica a domicilio con una licencia de la División de Adultos Mayores del Departamento de Salud de Wyoming de acuerdo con W.S. 35-2-901(a)(xi). El individuo que provee el servicio debe ser un asistente de enfermería o ayudante de enfermería

certificado por la Junta de Enfermería del Estado de Wyoming de acuerdo con la Ley de Práctica de Enfermeros de Wyoming [W.S. 33-21-120 et seq.].

Servicio	Código	Tarifa	Unidad
<b>Servicios de tareas domésticas</b>	S5130	\$6.49	15 minutos

Los servicios de tareas domésticas consisten en las actividades de tipo doméstico y los cuidados del hogar de rutina que no están cubiertos por los servicios de apoyo personal (PSS) o de ayudantes de asistencia médica a domicilio y se consideran como servicios no directos. Los servicios de tareas domésticas no son servicios de cuidados directos porque los proveedores no ayudan al participante a completar una tarea y no se requiere que el participante esté presente cuando se provee el servicio.

Ejemplos de tareas cubiertas incluyen, entre otras, preparación de comidas, compra de alimentos y artículos personales, lavado y planchado de ropa, y limpieza del hogar, lo cual incluye el mantenimiento regular del hogar y tareas de limpieza más complejas como limpieza de electrodomésticos y lavado de ventanas. Todas las tareas deben realizarse para beneficio del participante.

### Exclusiones y limitaciones

Se permite un máximo de tres (3) horas semanales por hogar (624 unidades por año). Un proveedor de servicios de tareas domésticas no facturará para dos participantes durante el mismo periodo de tiempo.

Los servicios de tareas domésticas no pueden duplicar los servicios de tareas domésticas incidentales provistos durante los servicios de ayudantes de asistencia médica a domicilio o servicios de apoyo personal (PSS). Si los servicios de tareas domésticas se añaden al plan de servicios de un participante, el administrador de casos debe determinar si también se incluyen los servicios de ayudantes de asistencia médica a domicilio o de apoyo personal. Si los servicios de tareas domésticas y PSS o los servicios de ayudantes de asistencia médica a domicilio se incluyen en el plan del participante, el administrador de casos debe indicar cómo los servicios de tareas domésticas difieren de las tareas domésticas asociadas con PSS o servicios de ayudantes de asistencia médica a domicilio. Un especialista de beneficios y elegibilidad (BES) revisará manualmente todos los planes de servicios que contengan servicios de tareas domésticas. El BES revisará la información incluida en el plan de servicios y trabajará con el administrador de casos si se necesitan aclaraciones adicionales o se observan problemas.

El reembolso está limitado a las agencias de asistencia médica a domicilio con una licencia de la División de Adultos Mayores del Departamento de Salud de Wyoming de acuerdo con W.S. 35-2-901(a)(xi). El individuo que provee el servicio debe cumplir con los requerimientos de entrenamiento establecidos por las normas y reglamentos de la División de Adultos Mayores para la Administración de Agencias de Asistencia Médica a Domicilio.

Servicio	Código	Tarifa	Unidad	
<b>Transporte no médico</b>	Pase múltiple de transporte público	T2003	Variable	Por compra
	Ruta de servicio	A0120	\$4.34	Un viaje sencillo
	Vehículo accesible para sillas de ruedas	A0130	\$9.75	
	Vehículo no accesible para sillas de ruedas	T2004	\$6.20	

El transporte no médico incluye los servicios de transporte ofrecidos para que los participantes de exención tengan acceso a los servicios de exención y de otro tipo, actividades y recursos, como se indica en su plan de servicios.

Este servicio suplementa y no reemplaza al transporte ofrecido a través del sistema de apoyo natural del participante o los servicios de transporte médico requeridos bajo 42 CFR §431.53 o el Plan Estatal de Medicaid. Siempre que sea posible, los participantes deben utilizar a las entidades que proveen este servicio sin costo alguno. Algunos ejemplos pueden incluir la familia, vecinos, amigos, agencias comunitarias u otros apoyos naturales.

### Exclusiones y limitaciones

El reembolso por este servicio está limitado a un total de \$80.00 mensuales para las compras de pases múltiples o 18 viajes redondos por mes. [Los gastos deben basarse en las necesidades de transporte del participante y no únicamente en el vehículo utilizado.](#)

El reembolso está limitado a los siguientes tipos de proveedores:

- Agencias de transporte público determinadas por el Departamento de Transporte de Wyoming como elegibles para recibir fondos de transporte público de acuerdo con W.S. 24-15-101(a)(iii).
- Centros para adultos mayores según lo establecido por W.S. 9-2-1201(a)(iii) y supervisado por la División de Adultos Mayores, Departamento de Salud de Wyoming, como confiables y capaces de recibir subvenciones para servicios de la Ley de Estadounidenses de Edad Mayor de acuerdo con W.S. 9-2-1204(a)(vii).
- Compañías de transporte, las cuales deben ser corporaciones, compañías de responsabilidad limitada (LLC), organizaciones sin fines de lucro, propietarios únicos u otras entidades de negocios registradas en buenos términos con el secretario del Estado de Wyoming y autorizadas como autoridades de operaciones interestatales a través del Departamento de Transporte de Wyoming de acuerdo con W.S. 31-18-101(ii).

Servicio	Código	Tarifa	Unidad
<b>Sistemas de Respuesta para Emergencias Personales (PERS)</b>	Instalación de líneas telefónicas fijas	S5160	\$63.09
	Instalación de teléfonos celulares	S5160 CG	\$63.73
	Monitoreo de líneas telefónicas fijas	S5161	\$32.01
	Monitoreo de teléfonos celulares	S5161 U4	\$41.73
			Por instalación
			Mensualmente

Los Sistemas de Respuesta para Emergencias Personales (PERS) incluyen los dispositivos electrónicos que son programados para enviar una señal a un centro de respuesta cuando se activa un botón de ayuda y permiten que los participantes aseguren ayuda en una emergencia.

El servicio de monitoreo mensual incluye la renta y el mantenimiento del equipo; acceso a un centro de respuesta de 24 horas monitoreado por un personal profesional en vivo; prueba y reparación del equipo; respuestas a las alertas y alarmas; y documentación de comunicaciones con los participantes, cuidadores, administradores de casos y el personal de primera intervención.

El servicio de instalación debe facturarse por separado e incluye la entrega, instalación y activación de todo el equipo necesario, así como también la educación y entrenamiento del participante y el cuidador sobre el uso del equipo.

### Exclusiones y limitaciones

PERS está limitado a los participantes que demuestran necesidad en base a los criterios del servicio, incluyendo los participantes que:

- Viven solos;
- Viven con otros que no pueden pedir ayuda; o
- Están solos gran parte del día, no tienen un cuidador regular por periodos prolongados y que requieren una supervisión de rutina.

Un proveedor solamente puede reembolsarse por una instalación por participante, a menos que se justifique por circunstancias extenuantes (por ejemplo, el participante se muda a otro lugar o se pierden o roban los dispositivos). [El seguimiento mensual solamente se reembolsará para los sistemas que estén operando.](#) El reembolso de tarifas de instalación por la reparación o reemplazo del equipo no puede otorgarse si ha ocurrido un abuso o uso inapropiado del equipo o si se busca la reparación o reemplazo antes del ciclo de vida ordinario del equipo.

El reembolso está limitado a los proveedores de PERS.

Servicio		Código	Tarifa	Unidad
<b>Servicios de apoyo personal</b>	Basados en agencias	S5125	\$8.91	15 minutos
	Dirigidos por el participante	S5125 U5	\$3.80	

Los servicios de apoyo personal incluyen una asistencia de apoyo personal de medio tiempo o intermitente para permitir que los participantes desempeñen las actividades de la vida diaria como comer, bañarse, arreglo personal, usar el baño y tareas de movilidad funcional que normalmente los participantes harían por sí mismos si no tuvieran una discapacidad. Esta asistencia puede tomar la forma de una asistencia directa (de hecho, realizar una tarea para la persona) o motivar al participante a desempeñar la tarea.

Los servicios de apoyo personal también pueden consistir en tareas domésticas generales cuando dichas tareas sean incidentales para el servicio de apoyo personal que se provee durante la visita, cuando el participante no pueda manejar el hogar y los cuidados por sí mismo, y la persona normalmente responsable de estas actividades esté temporalmente ausente o no pueda realizar estas actividades. [Sin embargo, las tareas domésticas incidentales no constituirán la totalidad de este servicio.](#)

Los servicios de apoyo personal pueden proveerse en el hogar o en la comunidad cuando el participante requiera una asistencia con las actividades de la vida diaria para poder participar en las actividades comunitarias o acceder a otros servicios. [El participante debe estar presente durante la provisión de los servicios de apoyo personal.](#)

Este servicio puede ser dirigido por el participante.

### Exclusiones y limitaciones

Los servicios de apoyo personal no pueden duplicar aquellos disponibles a través del Plan Estatal de Medicaid, cobertura de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT), Plan Educativo Individual (IEP), otros servicios de exención u otras fuentes de financiamiento. [Las tareas de servicios domésticos incidentales no deberán constituir la totalidad de este servicio. Los servicios de apoyo personal y de ayudantes de asistencia médica a domicilio pueden incluirse ambos en el plan de servicios de un participante, pero los servicios no pueden proveerse al mismo tiempo.](#)

Los servicios de apoyo personal no incluyen acompañamiento u otros servicios que sean de entretenimiento o recreativos por naturaleza. Los costos de transporte del participante no están asociados con la provisión de servicios de apoyo personal y deben facturarse por separado.

La asistencia de apoyo personal provista por los empleados sin una licencia o certificado de una agencia de asistencia médica a domicilio está limitada a motivar al participante a realizar actividades de la vida diaria y puede no incluir una asistencia directa.

El reembolso está limitado a los siguientes tipos de proveedores:

- Agencias de asistencia médica a domicilio con una licencia de la División de Adultos Mayores del Departamento de Salud de Wyoming de acuerdo con W.S. 35-2-901(a)(xi). El individuo que provee el servicio debe cumplir con los requerimientos de entrenamiento establecidos por las normas y reglamentos de la División de Adultos Mayores para la Administración de Agencias de Asistencia Médica a Domicilio.
- Empleados dirigidos por el participante que se contratan bajo la opción de provisión de servicios dirigidos por el participante.

Servicio	Código	Tarifa	Unidad
<b>Respiro</b>	En el hogar	S5150	\$10.36
	Centro de vida asistida	S5151	\$80.38
	Centro de enfermería especializada	H0045	\$185.09
			Diariamente

Respiro incluye los servicios a corto plazo provistos para los participantes que no pueden cuidar de sí mismos y que necesitan apoyo debido a la ausencia o necesidad de un respiro de las personas que normalmente proveen los cuidados para el participante.

Los servicios de respiro pueden proveerse en el hogar o en la comunidad cuando el participante requiera una asistencia con las actividades de la vida diaria para poder participar en las actividades comunitarias o acceder a otros servicios. Los servicios de respiro fuera del hogar pueden proveerse en un centro de vida asistida o cuidados de enfermería.

### Exclusiones y limitaciones

Los servicios se limitan al equivalente prorrateado de treinta (30) días de calendario, lo cual se define como un periodo de **12am – 11:59pm** por año del plan de servicios.

Los servicios de respiro no pueden autorizarse para el propósito de acompañamiento o para propósitos que sean principalmente de entretenimiento o recreativos por naturaleza. Los costos de transporte del participante no están asociados con la provisión de servicios de respiro y deben facturarse por separado.

**Los proveedores de servicios de respiro no pueden facturarse a servicios de respiro para el propósito de proveer un alivio para ellos mismos u otros proveedores de CCW.** El reembolso no incluye los costos de hospedaje y comida, excepto cuando se provean como parte de los cuidados de respiro en un centro de vida asistida o cuidados de enfermería.

El reembolso está limitado a los siguientes tipos de proveedores:

- El reembolso está limitado a las agencias de asistencia médica a domicilio con una licencia de la División de Adultos Mayores del Departamento de Salud de Wyoming de acuerdo con W.S. 35-2-901(a)(xi). El individuo que provee el servicio debe ser un asistente de enfermería o ayudante de enfermería certificado por la Junta de Enfermería del Estado de Wyoming de acuerdo con la Ley de Práctica de Enfermeros de Wyoming [W.S. 33-21-120 et seq.].
- Centros de vida asistida con una licencia de la División de Adultos Mayores del Departamento de Salud de Wyoming de acuerdo con W.S. 35-2-901(a)(xxii).

Servicio	Código	Tarifa	Unidad
<b>Enfermería especializada</b>	Enfermero titulado (RN)	T1002	\$26.12
	Enfermero práctico con licencia (LPN)	T1003	\$18.86

Enfermería especializada incluye los cuidados de enfermería especializada de medio tiempo o intermitentes que están dentro del alcance de la práctica y que deben proveerse por un enfermero titulado (RN) o enfermero práctico con licencia (LPN) dentro del alcance de su práctica como se define bajo la Ley de Práctica de Enfermeros de Wyoming.

Los servicios de enfermería especializada de HCBS difieren en su naturaleza y alcance de los servicios de enfermería especializada del Plan Estatal de Medicaid. Los servicios de enfermería especializada de HCBS no se limitan a servicios de rehabilitación, pueden proveerse a largo plazo y no están sujetos a la revisión de un doctor cada 60 días.

Los servicios de enfermería especializada pueden proveerse en el hogar o en la comunidad cuando el participante requiera una asistencia para poder participar en las actividades comunitarias o acceder a otros servicios en la comunidad.

Los servicios de enfermería especializada solamente pueden agregarse al plan de cuidados después de que la carta de aprobación de proveedores de la Administración de Utilización se haya recibido e incorporado al plan de cuidados. Las referencias y reclamos facturados para este servicio deberán incluir el número de NPI de la entidad referente.

### Exclusiones y limitaciones

Los servicios de enfermería especializada no pueden duplicar aquellos disponibles a través del Plan Estatal de Medicaid, cobertura de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT), Plan Educativo Individual (IEP) u otros servicios de exención. Los servicios no incluyen cuidados especializados de 24 horas o servicios de enfermería privados.

Los servicios de enfermería especializada no incluyen acompañamiento u otros servicios que sean de entretenimiento o recreativos por naturaleza. Los costos de transporte del participante no están asociados con la provisión de servicios de enfermería especializada y deben facturarse por separado.

El reembolso está limitado a las agencias de asistencia médica a domicilio con una licencia de la División de Adultos Mayores del Departamento de Salud de Wyoming de acuerdo con W.S. 35-2-901(a)(xi). El individuo que provee el servicio debe ser un enfermero titulado o enfermero práctico con licencia por la Junta de Enfermería del Estado de Wyoming de acuerdo con la Ley de Práctica de Enfermeros de Wyoming [W.S. 33-21-120 et seq.].



Servicio		Código	Tarifa	Unidad
<b>Administración de casos intensiva para transiciones</b>	Sin certificado de entrenamiento	T2025	\$12.25	15 minutos
	Certificado de entrenamiento	T2025 UB	\$12.86	

La administración de casos intensiva para transiciones busca ayudar a las personas que residen actualmente en centros de enfermería y que desean hacer una transición a la comunidad. La administración de casos intensiva para transiciones debe realizar las actividades necesarias para que la persona viva en la comunidad y apoyar a los participantes para coordinar y facilitar la compra de los gastos únicos y no recurrentes necesarios para que el participante establezca una vivienda básica después de hacer una transición de un entorno institucional a una vivienda en la comunidad. Las actividades deben documentarse y no superponerse con el alcance de la planeación de servicios anuales de la administración de casos o los servicios de monitoreo mensual.

### Exclusiones y limitaciones

Este servicio solamente está disponible para los participantes durante su transición desde una estancia prolongada en un centro de enfermería a la comunidad, y está disponible para un participante una vez en su vida. Los administradores de casos pueden asistir a las personas en su transición a la comunidad durante un máximo de 180 días de calendario mientras la persona siga residiendo en un centro de enfermería.

La administración de casos intensiva para transiciones no deberá superponerse con el alcance de otros servicios de administración de casos; por lo tanto, no se permite la facturación duplicada. Este servicio se factura en incrementos de unidades de 15 minutos y no debe exceder 160 unidades por participante.

Los servicios de administración de casos intensiva para transiciones no se consideran completos y no puede enviarse para recibir un pago, hasta el primer día en que el individuo recibiendo los servicios sea dado de alta del centro de enfermería y actualmente sea un participante de CCW.

El reembolso está limitado a los siguientes tipos de proveedores:

- Agencias de administración de casos, las cuales son corporaciones, compañías de responsabilidad limitada (LLC), organizaciones sin fines de lucro, propietarios únicos u otras entidades de negocios registradas en buenos términos con el secretario del Estado de Wyoming.
- Agencias de enfermería de salud pública.

Servicio	Código	Tarifa	Unidad
<b>Gastos de instalación para transiciones</b>	T2038	PA#	Por evento

Los gastos de instalación para transiciones son los gastos únicos no recurrentes que son necesarios para que un participante establezca una vivienda básica y apoyan al participante en su transición desde un centro de enfermería a una vivienda en la comunidad.

Para acceder a los gastos de instalación para transiciones, el participante debe demostrar lo siguiente:

- Una necesidad para la coordinación y la compra de gastos únicos no recurrentes que son necesarios para que el participante establezca una vivienda básica en la comunidad;
- Un riesgo para la salud, seguridad o institucional; y
- Verificación de que otros servicios o recursos no están disponibles para satisfacer la necesidad.

Los gastos de preparación permitidos incluyen:

- Depósitos de seguridad requeridos para obtener un contrato de arrendamiento en un apartamento o casa.
- Gastos de instalación o depósitos para acceder a los servicios públicos básicos (teléfono, electricidad, calefacción y agua).
- Servicios necesarios para la salud y seguridad de la persona, como eliminación de plagas o limpieza única antes de la ocupación.
- Mobiliario doméstico esencial requerido para ocupar y usar una vivienda en la comunidad, incluyendo muebles, persianas de ventanas, utensilios para la preparación de alimentos o ropa de cama o baño.
- Gastos derivados directamente de la mudanza, transporte, provisión o ensamblado de muebles domésticos.

### Exclusiones y limitaciones

Los gastos de instalación para transiciones no incluyen gastos de renta o hipoteca, gastos de alimentos continuos, gastos de servicios públicos regulares o artículos destinados para fines puramente de diversión, entretenimiento o recreativos. Los gastos de instalación para transiciones no incluyen el pago de hospedaje y comida. Los recargos por equipamiento u otros artículos o servicios no deberán pagarse a través de este servicio.

Los gastos de instalación para transiciones solamente están permitidos en la medida que sean razonables y necesarios, según se determine a través del proceso de desarrollo del plan de servicios, que estén claramente identificados en el plan de servicios y que se demuestre que el participante no puede afrontar los gastos o encontrar el pago a través de otras fuentes, tales como programas del gobierno local y estatal, bancos de alimentos, centros para personas mayores u organizaciones benéficas.

Los gastos de instalación para transiciones no deben exceder un total de \$2,500 por participante, a menos que sea autorizado por la División, y deben aprobarse previamente en el plan de servicios del participante. La División puede autorizar fondos adicionales por encima del límite de \$2,500 sin exceder un valor total de \$3,000, cuando se demuestre que es un gasto necesario para garantizar la salud, seguridad y bienestar del participante.

Este servicio solamente está disponible durante los 180 días de calendario previos a la transición de un participante desde una estancia prolongada en un centro de enfermería a la comunidad, y está disponible para un participante una vez en su vida. Los servicios de instalación para transiciones no están disponibles para un participante que haga una transición a un entorno controlado o que sea propiedad de un proveedor.

Los gastos de preparación para transiciones no se consideran completos y no pueden enviarse para recibir un pago, hasta el primer día en que el individuo recibiendo los servicios sea dado de alta del centro de enfermería y actualmente sea un participante de CCW.

El reembolso está limitado a los siguientes tipos de proveedores:

- Agencias de administración de casos, las cuales son corporaciones, compañías de responsabilidad limitada (LLC), organizaciones sin fines de lucro, propietarios únicos u otras entidades de negocios registradas en buenos términos con el secretario del Estado de Wyoming.
- Agencias de enfermería de salud pública.