



ÍNDICE DE SERVICIOS DE EXENCIÓN DE OPCIONES COMUNITARIAS (CCW)

Efectivo 1º de julio del 2026

Tabla de contenido

Requerimientos de servicios de la División de Financiamiento de Servicios Médicos.....	2
Servicios diurnos para adultos.....	4
Servicios de centros de vida asistida.....	6
Tecnología de asistencia.....	7
Manejo de casos.....	9
Servicios de acompañamiento.....	13
Modificaciones ambientales.....	14
Comidas entregadas a domicilio.....	16
Asistentes de salud a domicilio.....	17
Servicios de ayuda doméstica.....	19
Transporte no médico.....	20
Sistema de Respuesta para Emergencias Personales (PERS).....	21
Servicios de apoyo personal.....	22
Servicios de respiro.....	24
Enfermería especializada.....	25
Manejo de casos intensivo para transiciones.....	26
Gastos para establecer transiciones.....	27

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. El programa de CCW busca servir a los participantes con servicios de medio tiempo o intermitentes. Los cuidados de tiempo completo no son parte de la exención. Los planes de servicios deberán crearse en base a un marco de medio tiempo. Los servicios deben satisfacer las necesidades evaluadas de cada participante. De conformidad con el Acuerdo de Proveedores de Medicaid de Wyoming, los proveedores y manejadores de casos del programa de CCW deben tener un buen conocimiento de las reglas y lineamientos de Medicaid del Departamento de Salud que afectan los servicios de CCW, [deben cumplir con las cualificaciones de los proveedores establecidas en el Acuerdo de CCW con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid \(CMS\) 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 de acreditación de proveedores adicionales, 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 por la evaluación de las necesidades del participante realizada por el manejador 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 manejo 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 mediante una dirección del 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 permite que los cónyuges sean contratados bajo la dirección del participante como empleados para proveer servicios de apoyo personal.

Los siguientes servicios pueden ser dirigidos por el participante:

- ☐ Acompañamiento
- ☐ Ayuda doméstica
- ☐ Transporte no médico

- ☐ Apoyo personal
- ☐ Respiro

Los siguientes servicios están sujetos a una verificación electrónica de visitas (EVV):

- ☐ Acompañamiento
- ☐ Asistentes de salud a domicilio
- ☐ Apoyo personal
- ☐ Respiro
- ☐ Enfermería especializada

Un número de Identificador de Proveedores Nacionales (NPI) es requerido para todos los proveedores.

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 Domiciliarios y Comunitarios (HCBS) dentro de DHCF. El FMS no tiene requerido obtener un segundo NPI para procesar los reclamos de CCW.

*Por favor considere que una autorización previa es requerida para Servicios de Exención			
Servicio	Código	Tarifa	Unidad
Servicios diurnos para adultos	S5100	\$2.37	15 minutos
	S5101	\$56.89	Diaria

Los servicios diurnos para adultos (ADS) incluyen los servicios [de medio tiempo o intermitentes](#) que consisten en actividades diurnas significativas que maximizan o mantienen las destrezas y habilidades; mantienen a los participantes involucrados en su ambiente y comunidad mediante un cuidado y apoyo óptimos; estimulan, alientan, desarrollan y mantienen activamente las destrezas personales; introducen nuevas actividades de entretenimiento; establecen relaciones nuevas; mejoran o mantienen la flexibilidad, movilidad y fuerza; o amplían las destrezas aprendidas anteriormente. Los servicios diurnos para adultos proveen apoyos activos y centrados en la persona, los cuales fomentan la independencia como se identificó en el plan de servicios centrados en la persona del participante.

El transporte es un componente de los servicios diurnos para adultos y está incluido en la tarifa para los proveedores. Los servicios diurnos para adultos no incluyen y no reemplazan o sustituyen la terapia física, ocupacional y/o del habla y lenguaje disponible a través del plan estatal.

Exclusiones y limitaciones

Los servicios se autorizan en base a las necesidades evaluadas del participante. Los servicios diurnos para adultos no pueden proveerse durante las horas para dormir. Los servicios no incluyen la provisión de terapia física, ocupacional o del habla, lenguaje y audición disponible bajo el Plan Estatal de Medicaid.

Los ADS se facturan por una unidad de 15 minutos o diaria. La unidad de 15 minutos y diaria no pueden facturarse para el mismo día. Cualquier uso de ADS de más de [cuatro \(4\) horas al día \(16 unidades al día\)](#) debe facturarse como una unidad diaria.

[Los servicios de medio tiempo o intermitentes están limitados a 40 horas por semana o 8,320 unidades de 15 minutos para el año del plan. Si se agregan varios servicios de medio tiempo o intermitentes al plan de servicios, el plan de servicios centrados en la persona debe describir claramente la necesidad de cada servicio.](#)

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 servicios diurnos para adultos no pueden proveerse durante el mismo periodo de tiempo que otros servicios de exención, lo cual está sujeto a una auditoría por la Unidad de Integridad de Programas de la Agencia Única Estatal de Medicaid.

Los servicios diurnos para adultos no pueden proveerse virtualmente.

El reembolso se limita a los siguientes tipos de proveedores:

- 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).

- Centros para adultos mayores elegibles según lo establecido por W.S. 9-2-1201(a)(iii) y supervisados por la División de Adultos Mayores, Departamento de Salud de Wyoming, como creíble y capaz de recibir subvenciones para servicios de la Ley de Estadounidenses de Edad Mayor de acuerdo con 9-2-1204(a)(vii).
- Proveedores independientes que mantienen una certificación para este servicio expedida por el DHCF.

*Por favor considere que una autorización previa es requerida para Servicios de Exención				
Servicio		Código	Tarifa	Unidad
Vida asistida	Estándar	T2031	\$70.44	Diaria
	Unidad de cuidados para pérdida de la memoria	T2031 U8	\$82.49	

Los servicios de centros de vida asistida incluyen los servicios de cuidados personales y de apoyo (en la medida que esté permitido por las leyes estatales) provistos para los participantes en el programa de exención que residen en un entorno que cumple con los requerimientos de entornos domiciliarios y comunitarios, incluyendo una capacidad de respuesta en el sitio de 24 horas para satisfacer las necesidades programadas o imprevistas de los residentes y proveer una supervisión, seguridad y protección. Los servicios también incluyen programas sociales y recreativos, así como también asistencia de medicamentos, en la medida que esté permitido por las leyes estatales.

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 manejador de casos del participante para coordinar los servicios adicionales de Medicaid o no Medicaid para suplementar, pero no reemplazar, los cuidados provistos por el centro de vida asistida. Los servicios provistos por terceros deben coordinarse por el centro de vida asistida.

Los costos de transporte de los participantes están incluidos en la tarifa para los servicios de centros de vida asistida.

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 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.

Los servicios de centros de vida asistida no incluyen aquellos que están disponibles a través del plan estatal.

El reembolso se limita 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).

*Por favor considere que una autorización previa es requerida para Servicios de Exención				
Servicio		Código	Tarifa	Unidad
Tecnología de asistencia	Equipo	T2028	PA#	Por evento
	Servicio	97755	\$25.17	15 minutos

Tecnología de asistencia (TA) significa cualquier artículo, pieza de equipo o sistema de productos, ya sea adquirido comercialmente, modificado o personalizado, que se usa para incrementar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de los participantes. La TA debe mejorar o mantener el nivel de independencia del participante, su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y su capacidad para acceder a los apoyos y servicios necesarios en la comunidad, o debe ser necesaria para asegurar la salud y bienestar del participante, y debe basarse en las necesidades evaluadas y estar identificada en el plan de servicios centrados en la persona del participante.

El equipo de tecnología de asistencia (TA) incluye una variedad de productos, equipos y sistemas que mejoran el aprendizaje, trabajo y vida diaria de los participantes. La tecnología de apoyo (TA) incluye, entre otros, dispositivos como lectores de pantalla, teclados grandes, ayudas electrónicas para el habla, plumas inteligentes, bloqueos adaptativos, amplificadores de pantalla para videos, amplificadores de voz o tapetes antideslizantes. El equipo de tecnología de asistencia consiste en comprar, rentar o facilitar la adquisición de dispositivos de AT por un participante, incluyendo seleccionar, diseñar, ajustar, personalizar, adaptar, aplicar, mantener, reparar o remplazar los dispositivos de AT.

Servicio de AT significa un servicio que ayuda directamente a un participante en la selección, adquisición o uso del equipo de AT, incluyendo:

- Evaluación profesional de AT: La evaluación de las necesidades de AT de un participante, incluyendo una evaluación funcional del impacto que tiene proveer el equipo y servicios apropiados de AT para lograr los resultados establecidos en el plan de servicios centrados en la persona del participante.
- Provisión y suscripción de AT: La implementación mensual del servicio y el monitoreo por el proveedor para la funcionalidad de la tecnología y el equipo, cuando sea necesario. El reembolso para un cargo mensual continuo de los servicios de internet del participante no está cubierto. El manejador de casos debe asistir con cualquier funcionalidad reportada o reparaciones del equipo, cuando sea necesario.
- Apoyo de AT: Entrenamiento o asistencia técnica más allá de lo incluido en la instalación/entrenamiento inicial y la provisión de servicios rutinarios que ayude al participante a usar el equipo de AT, así como también el entrenamiento para los familiares del participante, sus tutores legales, defensores, representantes autorizados, proveedores, empleadores, personas que de otro modo participan sustancialmente en las actividades apoyadas por el equipo de AT u otros miembros del equipo del plan de cuidados centrados en la persona. El apoyo de AT puede incluir, cuando sea necesario, la coordinación con las terapias, intervenciones o dispositivos complementarios.

Todas las otras fuentes de reembolso deben explorarse y utilizarse, incluyendo los servicios del Plan Estatal de Medicaid, antes de reembolsar el equipo y los servicios de AT.

El equipo y los servicios de AT requieren una autorización previa y la aprobación del WDH. La

documentación para la autorización previa debe describir cómo el uso previsto, la finalidad y el lugar del uso previsto del participante coinciden con las características del equipo de AT solicitado para lograr el resultado deseado de una manera eficiente y económica.

El equipo de AT de más de \$1,000 requiere una evaluación profesional enfocada para determinar las necesidades de AT del participante. La evaluación puede hacerse por un terapeuta ocupacional con licencia; un terapeuta del habla, audición o lenguaje; un terapeuta físico; un profesional de tecnología de asistencia certificado; u otro profesional que cumpla con todos los estándares aplicables del WDH, incluyendo las regulaciones, políticas y procedimientos relacionados con las cualificaciones de los proveedores. En ciertas circunstancias, el WDH puede exentar la evaluación profesional del equipo de AT de más de \$1,000 y permitir que el manejador de casos complete la evaluación funcional como parte del proceso de planeación centrado en la persona para cumplir con este requerimiento de evaluación.

La Hoja de Trabajo para Solicitar una Tecnología de Asistencia que se encuentra en la [Biblioteca de Documentos de HCBS](#) debe completarse y enviarse al BES del condado asignado antes de agregar este servicio al plan de cuidados centrados en la persona.

Exclusiones y limitaciones

El equipo y los servicios de AT tienen un límite anual de \$4,000 para todos los componentes y están sujetos a una autorización previa a través del WDH. El costo de la evaluación profesional de AT debe financiarse como parte del límite de \$4,000.

La evaluación profesional de AT está limitada a ocho (8) horas por año. El apoyo de AT está limitado a ocho (8) horas por año. El WDH puede aprobar un financiamiento adicional para la evaluación profesional de AT y el apoyo de AT si el participante tiene una necesidad documentada para tipos nuevos o adicionales del equipo de AT en el mismo año.

Si no es posible satisfacer la necesidad de un participante dentro de los límites, el WDH puede aprobar que se exceda el límite anual general de \$4,000, si se solicita por el participante o su manejador de casos y se revisa por un especialista de elegibilidad. El plan de servicios centrados en la persona debe documentar cuando se exceda el límite para este servicio y esto resulte en una necesidad reducida de uno o más servicios de exención.

Los manejadores de casos son responsables de verificar con Medicaid (incluyendo el servicio de DME del Plan Estatal), Medicare y otra compañía de seguros del participante, cuando corresponda, para ver si el equipo solicitado está cubierto bajo sus planes. Después, el proveedor debe firmar un formulario de verificación de terceros indicando que el programa de Exención de Opciones Comunitarias es el pagador como último recurso.

El reembolso se limita a:

- Agencias de manejo 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 la Secretaría de Estado de Wyoming.
- Agencias de enfermería de salud pública del condado
- Proveedores independientes que mantienen una certificación para este servicio expedida por el DHCF
- Proveedores de tecnología de asistencia

*Por favor considere que una autorización previa es requerida para Servicios de Exención			
Servicio	Código	Tarifa	Unidad
Manejo de casos	T2022	\$241.83	Mensual
	T1016	\$12.09	15 minutos

El manejo de casos es un servicio requerido que asiste a los participantes para que tengan acceso a los servicios de exención y otros servicios del plan estatal necesarios, así como también a otros servicios médicos, sociales, educativos y de otro tipo, sin importar la fuente de financiamiento. Las tarifas de reembolso del manejo de casos se determinan mediante el estudio de tarifas del Departamento que ocurre cada 2-4 años. El estudio de tarifas incluye el supuesto de que un manejador de casos tiene una carga de trabajo de 35 participantes, lo cual reflejaría una posición de tiempo completo. **Más información sobre el diseño del servicio puede encontrarse en las [Estadísticas y Reportes de HCBS](#) en el Reporte del Estudio de Tarifas de CCW.**

Las responsabilidades del manejador de casos incluyen:

- Coordinación de servicios:** El manejador de casos ayuda al cliente a solicitar la exención, monitorea el progreso de la solicitud y explorar los apoyos naturales y recursos comunitarios para suplementar los servicios pagados. El manejador de casos realiza una evaluación de necesidades como lo define el Departamento para determinar las fortalezas y necesidades del individuo. **Las actividades claves incluyen, entre otras:**
 - Evaluación:** Evaluación comprehensiva y reevaluación periódica de las necesidades del participante para determinar la necesidad de los servicios de exención y cualquier servicio médico, educativo, social o de otro tipo.
 - Coordinación y referencias:** Coordinación de servicios, referencias y otras actividades relacionadas (por ejemplo: programar las citas del participante, asistir en la solicitud de renovación financiera de Medicaid, etc.) para ayudar al participante a obtener los servicios necesarios.
 - Conexión con recursos:** Actividades que ayudan a conectar al participante con los proveedores médicos, sociales y educativos, o con otros programas y servicios que pueden proveer los servicios necesarios para abordar las necesidades identificadas y lograr las metas específicas del plan de servicios.
- Desarrollo del plan de servicios:** Después de que el individuo reciba una oportunidad de financiamiento, el manejador de casos coordina el equipo del plan de cuidados elegido por el cliente y le ayuda a desarrollar un plan para los servicios y apoyos que aproveche las fortalezas y aborde las necesidades del cliente. Este plan incluye identificar los proveedores que brindarán los servicios y la frecuencia, alcance y duración de los servicios. **Las actividades claves incluyen, entre otras:**
 - Supervisión del plan:** Facilitación y supervisión de la elaboración (y revisión periódica) de un plan de servicios centrados en la persona, de acuerdo con las políticas y procedimientos del DHCF.
 - Apoyo para los servicios dirigidos por el participante:** Información y asistencia para apoyar los servicios dirigidos por el participante cuando sea necesario:
 - Informar a los participantes sobre las oportunidades de servicios dirigidos por el participante;
 - Asegurar que los participantes que expresen interés en los servicios dirigidos por el

participante estén informados sobre los posibles beneficios, obligaciones, riesgos y responsabilidades asociados con cada opción de provisión de servicios;

- Asistir al participante o empleador designado para obtener y completar los documentos requeridos como lo determine el Departamento;
- Coordinarse con el Departamento para verificar la asignación de presupuesto del participante de acuerdo con la metodología del Departamento;
- Coordinarse con la agencia de Servicios de Administración Financiera (FMS).

- **Supervisión de la implementación del plan de servicios:** El manejador de casos supervisa el plan de servicios para asegurar que se satisfagan las necesidades del cliente, que el cliente esté satisfecho con los servicios provistos y que se aborde cualquier necesidad nueva o futura. Además, el manejador de casos monitorea el uso de unidades para asegurar el uso apropiado del presupuesto y ajustar el uso de unidades de acuerdo con esto. Esta supervisión se documenta en el formulario de Revisión Mensual del Manejo de Casos (CMMR) cargado en el Sistema Electrónico de Exenciones de Medicaid (EMWS). **Las actividades claves incluyen, entre otras:**

- **Implementación general:** Implementación del plan de servicios, monitoreo y actividades de seguimiento, incluyendo las actividades y los contactos que son necesarios para asegurar que el plan de servicios se implemente con efectividad y aborde adecuadamente las necesidades del participante.
- **Contacto directo:** Mantener un contacto directo con el participante y/o su representante legal (si corresponde), lo cual debe incluir una visita mensual en persona en el lugar de residencia del participante con el participante presente. Cuando menos una hora de contacto en persona con el participante o su representante legalmente autorizado es requerida mensualmente. Observaciones de servicios adicionales y las interacciones virtuales o en persona también podrían ser requeridas.
- **Actividades de monitoreo continuo:** Los contactos pueden ser con el participante, representante legalmente autorizado cuando sea apropiado, familiares, proveedores de servicios u otras entidades o individuos, y deben realizarse cuando menos cada mes, aunque con más frecuencia cuando sea necesario para:
 - Asegurar que los servicios sean provistos de acuerdo con el plan de servicios del participante;
 - Evaluar la efectividad del plan de servicios para satisfacer las necesidades del participante;
 - Identificar cualquier cambio en la condición o las circunstancias del participante;
 - Evaluar para identificar posibles riesgos o problemas;
 - Evaluar la satisfacción del participante con los servicios y apoyos;
 - Hacer los cambios necesarios en el plan de servicios y los acuerdos de servicios con los proveedores;
 - Reportar y darle seguimiento a todos los incidentes críticos y no críticos, de acuerdo con las políticas del DHCF;
 - Monitorear el cumplimiento de los criterios para los entornos de HCBS.
 - Coordinar reuniones trimestrales con el manejador de casos suplente para asegurar que se mantenga actualizado sobre el participante.
- **Revisión del presupuesto y utilización:** Revisar la utilización y documentación de los servicios tradicionales y dirigidos por el participante para asegurar que la cantidad, frecuencia y duración

de los servicios sean apropiadas.

- Darle seguimiento a las inquietudes o preguntas planteadas por el participante, su representante legalmente autorizado o el equipo del plan de cuidados, o aquellas identificadas a través de los reportes de incidentes, quejas u observaciones de servicios.
- Monitorear la efectividad, calidad y gastos de los servicios dirigidos por el participante con respecto a la asignación de presupuesto mensual.
- **Uso de los servicios dirigidos por el participante:** Cuando un participante elige el modelo de provisión de servicios dirigidos por el participante, debe usarse el portal de FMS para revisar la información de provisión de servicios, determinar el uso del presupuesto, proveer un monitoreo continuo del presupuesto del participante y reportar el uso inapropiado del presupuesto al miembro del personal del DHCF asignado.

Responsabilidades de las agencias de manejo de casos

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

- Asegurar que todos los manejadores de casos cumplan con los requerimientos descritos en el Manual de Exención de Opciones Comunitarias y de Manejadores de Casos de CCW, incluyendo todos los entrenamientos requeridos para proveer los servicios de manejo de casos;
- Tener mecanismos internos para evaluar y manejar el desempeño de cada manejador de casos. Si la agencia no aborda las inquietudes sobre el desempeño de un manejador de casos a la satisfacción de la División, la División puede requerir que el manejador de casos vuelva a entrenarse u otras acciones disciplinarias progresivas, hasta puede incluir la terminación del estatus del manejador de casos como un manejador de casos de CCW.
- Mantener los recursos administrativos y de contratación de personal adecuados y los sistemas de suplentes de emergencia para proveer los servicios de manejo de casos de acuerdo con todos los requerimientos estatales y federales;
- Asignar una (1) persona para servir como el manejador de casos del participante en base a las preferencias del participante;
- Asegurar que todos los participantes tengan un manejador de casos suplente en caso de que el manejador de casos principal no pueda proveer los servicios de manejo 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 al participante;
- Asegurar que los manejadores de casos tengan acceso a los estatutos estatales y federales, regulaciones y otros documentos e información relevantes para la provisión de servicios de manejo de casos;
- Asegurar que los manejadores 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 manejo de casos;
- Asegurar que los servicios de manejo de casos cuando menos estén disponibles durante las horas laborales normales (de lunes a viernes de 9:00 AM a 5:00 PM, excluyendo días festivos estatales).

- Proveer acceso a un sistema de teléfono y personal entrenado para asegurar una respuesta oportuna a los mensajes y llamadas telefónicas recibidos fuera de las horas laborales normales.
- Asegurar que la agencia cumpla con los estándares de facturación establecidos;
- Presentar la información y los reportes requeridos por la División;
- Mantener la documentación suficiente para justificar los reclamos para el reembolso de servicios de manejo de casos por seis (6) años después de la fecha de servicio, incluyendo todos los documentos, registros, comunicaciones, notas, credenciales del manejador de casos y otros materiales relacionados con los servicios provistos y el trabajo desempeñado; y
- Facilitar el acceso a los 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 manejo de casos requeridas. Si un participante necesita servicios de traducción, el manejador de casos debería contactar al especialista de beneficios y elegibilidad del área para más información.

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 manejo 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 manejo de casos.
- Tiempo para transportarse, el cual ya está incluido como parte de la tarifa para este servicio.

Exclusiones y limitaciones

El plan de servicios del participante debe revisarse y actualizarse anualmente. El reembolso incluye el desarrollo del plan de servicios centrados en la persona, cualquier actividad de modificación periódica del plan de servicios cuando sea necesario para asegurar que el plan de servicios se implemente con efectividad y aborde adecuadamente las necesidades y deseos del participante.

La unidad mensual solamente puede facturarse en o después del último día del mes.

La unidad de 15 minutos puede facturarse hasta un máximo de 16 unidades por mes, 192 unidades por año del plan de servicios. Un mínimo de cuatro (4) unidades por mes debe documentarse para cumplir con el requerimiento de una (1) hora de contacto en persona.

El reembolso se limita a los siguientes tipos de proveedores:

- Agencias de manejo 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 la Secretaría de Estado de Wyoming.
- Proveedores independientes que mantienen una certificación para este servicio expedida por el DHCF.

Manejo de casos libre de conflictos

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

- El manejador de casos no debe tener una relación de sangre o matrimonial con el participante o con ninguna persona pagada para proveer los servicios de CCW al participante;
- El manejador de casos no debe compartir una residencia con el participante o ninguna persona pagada para proveer los servicios de CCW al participante;

- El manejador de casos o la agencia de manejo de casos no debe ser financieramente responsable por el participante;
- El manejador de casos o la agencia de manejo de casos no debe tener el poder de tomar decisiones financieras o médicas en nombre del participante; y
- El manejador de casos o la agencia de manejo de casos no debe poseer, operar, ser empleado por o tener un interés financiero en ninguna entidad pagada para proveer los servicios de CCW al participante; El interés financiero incluye una propiedad o interés de inversión directa o indirecta o cualquier acuerdo de compensación directa o indirecta.
- Una agencia de manejo de casos o un manejador de casos individual no puede proveer un manejo de casos de CCW y manejo de casos específico a la misma persona en la lista de espera de DD.

*Por favor considere que una autorización previa es requerida para Servicios de Exención			
Servicio	Código	Tarifa	Unidad
Servicios de acompañamiento	S5135	\$7.35	15 minutos

Los servicios de acompañamiento incluyen servicios [de medio tiempo o intermitentes](#) que consisten en la supervisión, socialización y asistencia para que el participante mantenga su seguridad en el hogar y la comunidad, y para aumentar su independencia. Los acompañantes pueden ayudar o supervisar al participante en tareas como la preparación de comidas, lavado de ropa y compras, pero no puede realizar estas actividades como servicios discretos. Los acompañantes también pueden realizar tareas domésticas ligeras que sean incidentales al cuidado y la supervisión del participante. La provisión de los servicios de acompañamiento no implica cuidados de enfermería directos, pero sí incluye cuidados personales como asistencia de medicamentos y asistencia con las actividades de la vida diaria durante la provisión de servicios cuando sea necesario. El transporte de rutina está incluido en la tarifa de reembolso.

Este servicio puede ser dirigido por el participante.

Exclusiones y limitaciones

Los servicios de acompañamiento se reembolsan por unidades de 15 minutos. El servicio puede proveerse por un máximo de nueve (9) horas por día, excepto en eventos especiales o viajes fuera de la ciudad. Este servicio no puede usarse para proveer un monitoreo mientras el participante duerme.

Los servicios de medio tiempo o intermitentes están limitados a 40 horas por semana o 8,320 unidades para el año del plan. Si se agregan varios servicios de medio tiempo o intermitentes al plan de servicios, el plan de servicios centrados en la persona debe describir claramente la necesidad de cada servicio.

Los servicios no pueden proveerse durante el mismo periodo de tiempo que otros servicios de exención, lo cual está sujeto a una auditoría por la Unidad de Integridad de Programas.

Los servicios de acompañamiento provistos para los participantes de 19-21 años de edad no deben duplicar o reemplazar los servicios que están cubiertos bajo IDEA. Los servicios no pueden proveerse durante el mismo periodo que otros servicios de exención, lo cual está sujeto a una auditoría por la Unidad de Integridad de Programas.

Los servicios de acompañamiento pueden ser dirigidos por el participante, [pero un empleado dirigido por el participante no puede trabajar más de 40 horas semanales por empleador](#). Los servicios ofrecidos mediante una dirección del participante solamente son facturables en incrementos de 15 minutos.

Este servicio está sujeto a una verificación electrónica de visitas.

El reembolso se limita a los siguientes tipos de proveedores:

- Agencias certificadas por el DHCF para proveer el servicio;
- Empleados dirigidos por el participante que se contratan bajo la opción de provisión de servicios dirigidos por el participante;
- Proveedores independientes que mantienen una certificación para este servicio expedida por el

DHCF.

*Por favor considere que una autorización previa es requerida para Servicios de Exención				
Servicio		Código	Tarifa	Unidad
Modificaciones ambientales	Evaluaciones	T1028	PA#	Por evento
	Nuevas	S5165 NU		
	Reparación	S5165		

Los servicios de modificaciones ambientales incluyen la instalación o reparación de las adaptaciones físicas funcionalmente necesarias en la residencia privada del participante o la familia del participante, como se describe en el plan de servicios centrados en la persona, las cuales son necesarias para asegurar la salud, bienestar y seguridad del participante, para que pueda permanecer en su hogar en vez de un entorno institucional o para hacer una transición desde un entorno institucional. En caso de una transición desde un entorno institucional, este servicio puede autorizarse un máximo de 180 días de calendario antes de la fecha de la transición. Las adaptaciones incluyen la instalación de rampas y barras de apoyo, ensanchamiento de las puertas, modificación de los cuartos de baño o instalación de sistemas eléctricos y de plomería especializados que sean necesarios para acomodar el equipo y los suministros médicos necesarios para el bienestar del participante.

Si este servicio se provee para un participante que hace una transición a la comunidad desde un entorno institucional, la modificación no se considerará completa y no podrá facturarse hasta que la persona salga de la institución y sea aceptada en el programa de exención.

Una evaluación de terapia ocupacional o física por la cantidad establecida en el Plan Estatal de Medicaid puede incluirse en este servicio si la persona está en proceso de transición desde una institución a la comunidad; las evaluaciones de los participantes que actualmente viven en la comunidad deben pagarse a través del Plan Estatal de Medicaid y no son gastos permitidos bajo este servicio.

Todos los servicios deben proveerse de acuerdo con los códigos de construcción estatales y locales correspondientes. Este servicio requiere un Formulario de Responsabilidad Civil de Terceros completado.

Exclusiones y limitaciones

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

Las adaptaciones que agregan a la superficie total de la vivienda están excluidas de este beneficio, excepto cuando sean necesarias para completar una adaptación (por ejemplo, para mejorar la entrada o salida de una vivienda o configurar un cuarto de baño que acomode una silla de ruedas). Las adaptaciones o mejoras de la vivienda que sean de uso general y no tengan un beneficio médico o terapéutico directo para el participante están excluidas.

Las modificaciones de las viviendas rentadas o arrendadas deberán ser alteraciones extraordinarias que sean necesarias exclusivamente para el individuo, y de las cuales el dueño de la propiedad no sería normalmente responsable.

Las adaptaciones cubiertas por el Plan Estatal de Medicaid, un centro estatal de vida independiente o la

División de Rehabilitación Vocacional están excluidas. Los manejadores de casos tienen requerido contactar a Medicaid de Wyoming para determinar si la modificación solicitada está cubierta por el Plan Estatal de Medicaid. Después, el proveedor debe 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 que sean propiedad o estén rentados por los proveedores de servicios de exención.

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

La División puede usar un tercero para realizar una visita en el sitio para evaluar la modificación propuesta y la necesidad de la modificación para asegurar su eficiencia en términos de costos.

El reembolso se limita a los siguientes tipos de proveedores:

- Proveedores de agencias certificados por el DHCF para proveer el servicio y
- Proveedores individuales certificados por el DHCF para proveer el servicio.

*Por favor considere que una autorización previa es requerida para Servicios de Exención				
Servicio		Código	Tarifa	Unidad
Comidas entregadas a domicilio	Calientes	S5170 SE	\$10.65	1 comida
	Congeladas	S5170	\$7.88	

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 deben cumplir 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. Las comidas calientes pueden proveerse al participante en el lugar de su elección como por ejemplo un centro para personas mayores. Si, durante la entrega de comidas, el proveedor observa problemas con el bienestar del participante, el proveedor debe reportar los problemas al manejador 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 se limita 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 se limita a los siguientes tipos de proveedores:

- Operadores de servicios de comidas comerciales con una 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).

*Por favor considere que una autorización previa es requerida para Servicios de Exención			
Servicio	Código	Tarifa	Unidad
Asistentes de salud a domicilio	T1004	\$10.36	15 minutos

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

Los servicios de asistentes de salud a domicilio de HCBS difieren en su naturaleza y alcance de los servicios de asistentes de salud a domicilio del Plan Estatal de Medicaid. Los servicios de asistentes de salud 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 la 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 asistentes de salud a domicilio pueden proveerse en el hogar o 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 asistentes de salud a domicilio, y el proveedor debe poder demostrar cómo alienta la participación del participante durante la provisión de los servicios.](#)

Exclusiones y limitaciones

Los servicios de asistentes de salud a domicilio no incluyen un acompañamiento u otros servicios que sean de entretenimiento o recreativos por naturaleza. Los servicios de asistentes de salud a domicilio no pueden proveerse durante las horas para dormir.

[Los servicios de medio tiempo o intermitentes están limitados a 40 horas por semana o 8,320 unidades para el año del plan. Si se agregan varios servicios de medio tiempo o intermitentes al plan de servicios, el plan de servicios centrados en la persona debe describir claramente la necesidad de cada servicio.](#)

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), seguro de terceros, la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (20 U.S.C. 1401 et seq.) o el Plan Estatal de Medicaid. Los costos de transporte del participante no están asociados con la provisión de servicios de asistentes de salud a domicilio y deben facturarse por separado.

Los servicios de asistentes de salud a domicilio que son médicamente necesarios para las personas menores de 21 años se proveen bajo el plan estatal, de acuerdo con los requerimientos de cobertura del programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT).

Si los servicios de asistentes de salud a domicilio y de ayuda doméstica se incluyen en el plan del participante, el manejador de casos debe indicar cómo los servicios de tareas domésticas asociados con los asistentes de salud a domicilio serán diferentes de los servicios de ayuda doméstica. Hay una mayor probabilidad de que el sistema de información para manejo de casos active una revisión de mejoramiento de la calidad (QIR) del plan de servicios centrados en la persona cuando se agregan servicios de ayuda doméstica a un plan que incluye servicios de asistentes de salud a domicilio o de apoyo personal. El especialista de beneficios y elegibilidad (BES) revisará la información incluida en el plan de servicios centrados en la persona y trabajará con el manejador de casos si se necesita una aclaración adicional o se señalan inquietudes.

Los servicios de asistentes de salud a domicilio y servicios de apoyo personal pueden incluirse en el mismo plan de servicios, pero los servicios no pueden facturarse para el mismo periodo de tiempo.

Este servicio está sujeto a una verificación electrónica de visitas.

El reembolso se limita a las agencias de salud 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 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.].

*Por favor considere que una autorización previa es requerida para Servicios de Exención			
Servicio	Código	Tarifa	Unidad
Servicios de ayuda doméstica	S5130	\$6.49	15 minutos

Los servicios de ayuda doméstica consisten en actividades de tipo doméstico y cuidados del hogar rutinarios que no están cubiertos por los servicios de apoyo personal, y se consideran un servicio no directo. La ayuda doméstica es un servicio indirecto, ya que los proveedores no indican o ayudan al participante a completar una tarea, y el participante no tiene requerido estar presente cuando el servicio ocurre.

Los ejemplos de tareas cubiertas incluyen, entre otros, preparación de comidas, compra de comestibles y artículos personales, lavado y planchado de ropa, y limpieza del hogar, incluyendo el mantenimiento regular del hogar y las tareas de limpieza más laboriosas como limpieza de electrodomésticos y lavado de ventanas. Todas las tareas deben completarse para beneficio del participante.

Debido a que la ayuda doméstica es un servicio indirecto, este servicio puede proveerse al mismo tiempo que los servicios directos completados para el participante por un proveedor diferente o el personal del proveedor.

Este servicio puede ser dirigido por el participante.

Exclusiones y limitaciones

Un máximo de tres (3) horas semanales por hogar (624 unidades por año) está permitido.

Un proveedor de servicios de ayuda doméstica no deberá facturar para dos participantes durante el mismo periodo de tiempo. Los costos de transporte no están asociados con la provisión de servicios de ayuda doméstica.

Si los servicios de ayuda doméstica y de apoyo personal o de asistentes de salud a domicilio están incluidos en el plan del participante, el manejador de casos debe indicar cómo los servicios de ayuda doméstica serán diferentes de los servicios de tareas domésticas asociados con los servicios de apoyo personal o de asistentes de salud a domicilio. Hay una mayor probabilidad de que el sistema de información para manejo de casos active una revisión de mejoramiento de la calidad (QIR) del plan de servicios centrados en la persona cuando se agregan servicios de ayuda doméstica a un plan que incluye servicios de apoyo personal de asistentes de salud a domicilio. El especialista de beneficios y elegibilidad (BES) revisará la información incluida en el plan de servicios centrados en la persona y trabajará con el manejador de casos si se necesita una aclaración adicional o se señalan inquietudes.

Los servicios de ayuda doméstica pueden ser dirigidos por el participante, [pero un empleado dirigido por el participante no puede trabajar más de 40 horas semanales por empleador](#). Los servicios ofrecidos mediante una dirección del participante solamente son facturables en incrementos de 15 minutos.

El reembolso se limita a los siguientes tipos de proveedores:

- Proveedores de agencias que obtienen y mantienen una certificación para este servicio expedida por el DHCF. Si la agencia es una agencia de salud a domicilio, deberá tener una licencia en el Estado de Wyoming.
- Empleados dirigidos por el participante contratados bajo la opción de provisión de servicios dirigidos por el participante.

*Por favor considere que una autorización previa es requerida para Servicios de Exención

Servicio		Código	Tarifa	Unidad
Transporte no médico	Pase múltiple de transporte público	T2003	Variable	Por compra
	15 minutos	A0130	\$7.59	15 minutos

El transporte no médico se ofrece para que los participantes de exención tengan acceso a los servicios de exención y otros servicios comunitarios, actividades y recursos, como se indica en el plan de servicios. Este servicio se ofrece además del transporte médico requerido bajo 42 CFR §431.53 y los servicios de transporte bajo el Plan Estatal de Medicaid, definidos en 42 CFR §440.170(a) (si corresponde) y no reemplaza a estos. Los servicios de transporte bajo la exención se ofrecen de acuerdo con el plan de servicios del participante. Siempre que sea posible, debe recurrirse a los familiares, vecinos, amigos o agencias comunitarias que puedan proveer este servicio sin costo alguno.

- La unidad de pase múltiple de transporte público puede usarse para comprar pases múltiples, pases sencillos y pases de autobuses.

Este servicio puede ser dirigido por el participante.

Exclusiones y limitaciones

El reembolso para este servicio se limita a un total de \$80.00 por mes para la unidad de pase múltiple de transporte público. La unidad de 15 minutos se limita a un total de 4.5 horas (18 unidades) por mes.

El transporte no médico puede ser dirigido por el participante, [pero un empleado dirigido por el participante no puede trabajar más de 40 horas semanales por empleador](#). Los servicios ofrecidos mediante una dirección del participante solamente son facturables en incrementos de 15 minutos.

El reembolso se limita 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 creíble y capaz 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 la Secretaría de 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).
- Empleados dirigidos por el participante contratados bajo la opción de provisión de servicios dirigidos por el participante.

*Por favor considere que una autorización previa es requerida para Servicios de Exención				
Servicio		Código	Tarifa	Unidad
Sistemas de Respuesta para Emergencias Personales (PERS)	Instalación de líneas telefónicas fijas	S5160	\$63.09	Por instalación
	Instalación de teléfonos celulares	S5160 CG	\$63.73	
	Monitoreo de líneas telefónicas fijas	S5161	\$32.01	Mensual
	Monitoreo de teléfonos celulares	S5161 U4	\$41.73	

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. Los PERS se limitan a los participantes que demuestran necesidades en base a su plan de servicios centrados en la persona.

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, manejadores 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

Los PERS se limitan a los participantes que demuestran necesidades en base a su plan de servicios centrados en la persona.

Un proveedor solamente puede ser reembolsado 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 monitoreo 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 se limita a los proveedores de los PERS.

*Por favor considere que una autorización previa es requerida para Servicios de Exención				
Servicio		Código	Tarifa	Unidad
Servicios de apoyo personal	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 medio tiempo o intermitente](#) para desempeñar actividades de la vida diaria como comer, bañarse, arreglo personal, usar el baño y tareas de movilidad funcional que normalmente los participantes los harían por sí mismos si no tuvieran una discapacidad. El apoyo personal puede tomar la forma de una asistencia práctica (realizar de hecho una tarea para la persona) o indicar al participante que realice una tarea.

Los servicios de apoyo personal también pueden consistir en tareas domésticas generales [cuando dichas tareas sean incidentales al servicio de apoyo personal provisto durante la visita](#), cuando el participante no puede [manejar el hogar y cuidar de sí mismo](#), y la persona que normalmente es responsable de estas actividades está temporalmente ausente o no puede realizar estas actividades. [Sin embargo, las tareas de tipo doméstico incidentales no deberán constituir 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 y comunidad. [El participante debe estar presente durante la provisión de los servicios de apoyo personal, y el proveedor debe](#) poder demostrar cómo alienta la participación del participante durante la provisión de los servicios.

Este servicio puede ser dirigido por el participante.

Exclusiones y limitaciones

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

[Los servicios de medio tiempo o intermitentes están limitados a 40 horas por semana o 8,320 unidades para el año del plan. Si se agregan varios servicios de medio tiempo o intermitentes al plan de servicios, el plan de servicios centrados en la persona debe describir claramente la necesidad de cada servicio.](#)

Si los servicios de apoyo personal se incluyen en el plan del participante, el manejador de casos debe indicar cómo los servicios de tareas domésticas asociados con los servicios de apoyo personal serán diferentes de los servicios de ayuda doméstica. Hay una mayor probabilidad de que el sistema de información para manejo de casos active una revisión de mejoramiento de la calidad (QIR) del plan de servicios centrados en la persona cuando se agregan servicios de ayuda doméstica a un plan que incluye servicios de apoyo personal o de asistentes de salud a domicilio. El especialista de beneficios y elegibilidad (BES) revisará la información incluida en el plan de servicios centrados en la persona y trabajará con el manejador de casos si se necesita una aclaración adicional o se señalan inquietudes.

Los servicios de apoyo personal y servicios de asistentes de salud a domicilio pueden incluirse en el mismo plan de servicios, pero estos servicios no pueden facturarse para el mismo periodo de tiempo.

Los servicios de apoyo personal pueden ser dirigidos por el participante, [pero un empleado dirigido por el participante no puede trabajar más de 40 horas semanales por empleador](#). Los servicios ofrecidos mediante una dirección del participante solamente son facturables en incrementos de 15 minutos.

Las tareas que requieren una licencia solamente pueden completarse por los individuos con licencia.

[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), seguro de terceros, la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (20 U.S.C. 1401 et seq.) o el Plan Estatal de Medicaid. Los servicios de apoyo personal médicamente necesarios para las personas menores de 21 años se proveen bajo el plan estatal, de acuerdo con los requerimientos de cobertura del programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT).

Este servicio está sujeto a una verificación electrónica de visitas. El

reembolso se limita a los siguientes tipos de proveedores:

- Agencias de salud 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 Salud a Domicilio.
- Empleados dirigidos por el participante que se contratan bajo la opción de provisión de servicios dirigidos por el participante.

*Por favor considere que una autorización previa es requerida para Servicios de Exención			
Servicio	Código	Tarifa	Unidad
Respiro	T1005	\$10.36	15 minutos
	S5151	\$372.96	Diaria

Los servicios de respiro se proveen para los participantes que no pueden cuidar de sí mismos y se ofrecen a corto plazo, debido a la ausencia o necesidad de un descanso de aquellas personas que normalmente proveen cuidados para el participante.

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

Los servicios de respiro no pueden autorizarse en base a las necesidades de acompañamiento del participante o aquellas que sean de entretenimiento o recreativas por naturaleza. Los costos de transporte del participante no están asociados con la provisión de servicios de respiro y deben facturarse por separado.

Este servicio puede ser dirigido por el participante.

Exclusiones y limitaciones

Los servicios son autorizados por un manejador de casos en base a las necesidades evaluadas del participante y se limitan al equivalente prorrateado de treinta (30) días por año del plan de servicios.

Los servicios de respiro se facturan por unidad de 15 minutos o diaria. La unidad de 15 minutos y diaria no pueden facturarse para el mismo día. [Cualquier uso de respiro de más de nueve \(9\) horas al día \(36 unidades\) debe facturarse como una unidad diaria.](#)

Los servicios de respiro no pueden proveerse durante el mismo periodo de tiempo que otros servicios de exención, lo cual está sujeto a una auditoría por la Unidad de Integridad de Programas dentro de la Agencia Única Estatal de Medicaid.

Los servicios de respiro pueden ser dirigidos por el participante, [pero un empleado dirigido por el participante no puede trabajar más de 40 horas semanales por empleador.](#) Los servicios ofrecidos mediante una dirección del participante solamente son facturables en incrementos de 15 minutos. Este servicio está sujeto a una verificación electrónica de visitas.

El reembolso se limita a los siguientes tipos de proveedores:

- Agencias de salud 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 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.].
- Proveedores de agencias que mantienen una certificación para este servicio expedida por el DHCF.
- Empleados dirigidos por el participante que se contratan bajo la opción de provisión de servicios dirigidos por el participante.

*Por favor considere que una autorización previa es requerida para Servicios de Exención				
Servicio		Código	Tarifa	Unidad
Enfermería especializada	Enfermero titulado (RN)	T1002	\$26.12	15 minutos
	Enfermero práctico con licencia (LPN)	T1003	\$18.86	

Los servicios de enfermería especializada incluyen 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 Prácticas de Enfermeros de Wyoming. Los servicios de enfermería especializada de exención se proveen además de los servicios de enfermería especializada definidos por 42 CFR §440.70 y ofrecidos bajo el Plan Estatal de Medicaid de Wyoming.

Los servicios de enfermería especializada bajo la exención difieren en su naturaleza y alcance de los servicios de enfermería especializada del plan estatal, en que los servicios de exención no se limitan a los servicios de rehabilitación como se definen en 42 CFR §440.130, 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 no pueden incluir un 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.

Exclusiones y limitaciones

Los servicios de enfermería especializada no pueden duplicar aquellos disponibles a través del plan estatal o aquellos incluidos en el Plan de Educación Individualizado (IEP) del participante, y son autorizados por una organización de mejoramiento de la calidad (QIO) contratada, de acuerdo con las necesidades evaluadas del participante. Los servicios de enfermería especializada médicamente necesarios para las personas menores de 21 años se proveen bajo el plan estatal, de acuerdo con los requerimientos de cobertura del programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT).

El servicio se limita a la cantidad de tiempo determinada por la evaluación de enfermería especializada y la carta del proveedor de Manejo de Utilización de la División.

Este servicio está sujeto a una verificación electrónica de visitas.

El reembolso se limita a las agencias de salud 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.].

*Por favor considere que una autorización previa es requerida para Servicios de Exención			
Servicio	Código	Tarifa	Unidad
Manejo de casos intensivo para transiciones	T2025	\$12.25	15 minutos

El manejo de casos intensivo para transiciones busca asistir a las personas que actualmente residen en centros de cuidados a largo plazo y que desean hacer una transición a la comunidad. Los manejadores de casos intensivos para transiciones deben realizar las actividades necesarias para facilitar que la persona viva en la comunidad, y apoyar a los participantes en la coordinación y facilitación de los gastos únicos y no recurrentes necesarios para que el participante establezca un hogar básico cuando haga una transición desde un entorno institucional a una situación de vivienda en la comunidad. Las actividades deben documentarse y no superponer el alcance de la planeación anual de los servicios de manejo de casos o los servicios de monitoreo mensual.

El pago de este servicio solo se realizará cuando el participante sea dado de alta de una institución y se inscriba apropiadamente en el programa de CCW. El formulario del Plan de Servicios de TICM y el formulario de Documentación de TICM pueden encontrarse en la Biblioteca de Documentos de HCBS. Estos formularios son requeridos para el reembolso.

Exclusiones y limitaciones

Este servicio solo está disponible para los participantes durante su transición a la comunidad desde una estancia prolongada en un centro de cuidados a largo plazo, el cual se define como noventa (90) días de calendario consecutivos o más. Está disponible para un participante una sola vez durante su vida. Los manejadores de casos pueden asistir a las personas en su transición a la comunidad por un máximo de 180 días de calendario consecutivos mientras la persona todavía esté residiendo en un centro de cuidados a largo plazo.

El manejo de casos intensivo para transiciones no deberá superponer el alcance de otros servicios de manejo 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 (40 horas) por participante.

El reembolso se limita a los siguientes tipos de proveedores:

- Agencias de manejo 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 la Secretaría de Estado de Wyoming.
- Agencias de enfermería de salud pública.
- Proveedores independientes que mantienen una certificación para este servicio expedida por el DHCF.

*Por favor considere que una autorización previa es requerida para Servicios de Exención			
Servicio	Código	Tarifa	Unidad
Gastos para establecer transiciones	T2038	PA#	Por evento

Los gastos para establecer transiciones son gastos únicos y no recurrentes necesarios para que un participante establezca un hogar básico, y que apoyan al participante en su transición hacia una situación de vivienda en la comunidad desde una estancia prolongada en un centro de cuidados a largo plazo, el cual se define como noventa (90) días de calendario consecutivos o más.

Para acceder este servicio, un participante debe demostrar:

- Una necesidad de coordinación y de gastos únicos y no recurrentes necesarios para establecer un hogar básico en la comunidad;
- Un riesgo para la salud, seguridad o institucional; y
- Verificación de que otros servicios o recursos no están disponibles para satisfacer esa necesidad.

Los gastos para establecer transiciones que están permitidos incluyen:

- Depósitos de garantía requeridos para obtener el contrato de arrendamiento de un apartamento o casa.
- Tarifas o depósitos de establecimiento para acceder a los servicios públicos o básicos (teléfono, electricidad, calefacción y agua).
- Servicios necesarios para la salud y seguridad de la persona, tales como exterminación de plagas o limpieza única antes de la ocupación.
- Mobiliario doméstico esencial requerido para ocupar y usar una vivienda en la comunidad, incluyendo muebles, cortinas y persianas, utensilios para preparar alimentos y ropa de cama o de baño.
- Gastos incurridos directamente de mudanza, transporte, provisión o ensamblado del mobiliario doméstico.

Los servicios para establecer transiciones están disponibles para las personas un máximo de 180 días de calendario consecutivos antes de la fecha de transición, y se facturarán después de que la persona haga su transición a la comunidad y se inscriba en el programa de CCW.

Los servicios para establecer transiciones se proveerán solamente en la medida en que sean razonables y necesarios, según se determine a través del proceso de desarrollo del plan de servicios de manejo de casos intensivo para transiciones (TICM). El plan de servicios debe identificar claramente la necesidad del servicio, indicando que la persona no puede pagar dicho gasto y que el servicio no puede obtenerse a través de otras fuentes. El formulario de Petición de Gastos para Establecer Transiciones puede encontrarse en la Biblioteca de Documentos de HCBS. Este formulario es requerido para el reembolso.

Exclusiones y limitaciones

Los servicios para establecer transiciones no cubren los gastos de renta o hipoteca, costos de alimentación continuos, cargos de servicios públicos regulares o artículos que sean para fines puramente de diversión, recreativos o entretenimiento. Los servicios para establecer transiciones no incluyen el pago de alojamiento y comida. Los equipos u otros recargos no deberán pagarse a través de este servicio.

Los gastos para establecer transiciones no deben exceder un total de \$2,500 por participante, a menos que sea autorizado por la División, y debe estar previamente aprobado 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 como un gasto necesario para asegurar la salud, seguridad y bienestar del participante.

Los servicios de transición a la comunidad solo deben proveerse en la medida en que sean razonables y necesarios, según se determine a través del proceso de desarrollo del plan de servicios. El plan de servicios debe identificar claramente la necesidad del servicio, indicando que la persona no puede pagar dicho gasto y que el servicio no puede obtenerse a través de otras fuentes.

Este servicio solo está disponible para los participantes durante su transición desde una estancia prolongada en un centro de cuidados a largo plazo a la comunidad, y está disponible para un participante una sola vez durante su vida. Los servicios para establecer transiciones no están disponibles para los participantes que hagan una transición a un entorno que sea propiedad o esté controlado por un proveedor.

El reembolso se limita a los siguientes tipos de proveedores:

- Agencias de manejo 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 la Secretaría de Estado de Wyoming.
- Agencias de enfermería de salud pública.
- Proveedores independientes que mantienen una certificación para este servicio expedida por el DHC.