



ACTUALIZACIÓN SOBRE COMMUNITY HEALTHCHOICES
Lo que usted necesita saber sobre el Plan de Transición Estatal

COMMUNITY HEALTHCHOICES (CHC) es el programa de atención administrada obligatoria de Pennsylvania para personas que son elegibles para tanto Medicaid como para Medicare (dobles elegibles), adultos mayores e individuos con discapacidades físicas —servir a más personas en las comunidades al tiempo que se les brinda la oportunidad de trabajar, pasar más tiempo con sus familias, y experimentar una mejor calidad de vida en general.

¿Cuándo estará disponible Community HealthChoices?

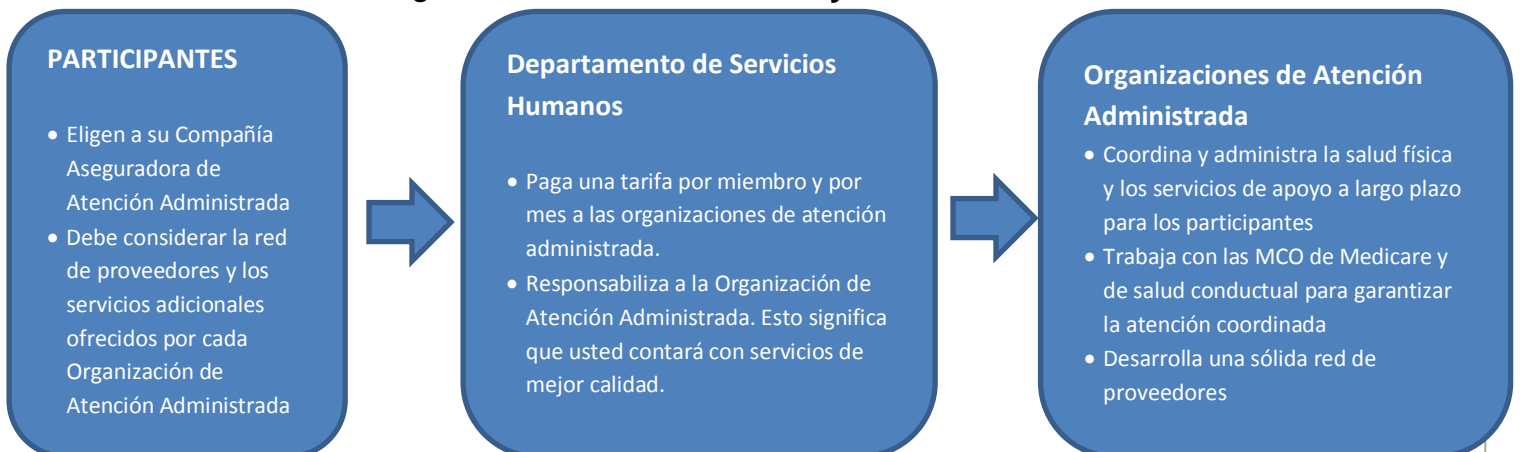
Community HealthChoices se está implementando por fases a través de Pennsylvania. Este programa ya se introdujo en las regiones Suroeste y Sudeste, y se implementará en el resto del estado en enero de 2020.



Continuidad de la Atención

- Las organizaciones de atención administrada (compañías aseguradoras) están obligadas a contratar con todos los proveedores de exenciones actuales dispuestos y elegibles durante 180 días después de que la implementación de Community HealthChoices. El requisito de continuidad de la atención de 180 días incluye a las Entidades de Coordinación de Servicios.
- Los participantes pueden conservar a sus proveedores de exenciones actuales como UDS durante el período de continuidad de la atención de 180 días después de la implementación de Community HealthChoices.
- Los participantes con Medicaid pueden conservar a sus proveedores de salud física actuales durante 60 días después de que Community HealthChoices se implemente en su región. Los participantes con Medicare y Medicaid no tienen que realizar cambios porque Medicare sigue siendo el seguro principal para que su médico facture.

¿Cómo funciona Community HealthChoices?



¿CUÁLES POLÍTICAS DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA ESTÁN CAMBIANDO?

Ninguna. Las reglas de elegibilidad financiera actuales aún se aplican a todas las personas elegibles. Las Oficinas de Asistencia del Condado (County Assistance Offices, CAOs) determinarán la elegibilidad financiera de la misma manera que lo hacen al presente para todas las poblaciones.

¿CUALES SON LOS LIMITES DE INGRESOS Y RECURSOS PARA LTSS?

Para los servicios de centros de enfermería y los servicios basados en el hogar y la comunidad (home and community-based services, HCBS), una persona es elegible para los ingresos si el ingreso mensual bruto se encuentra dentro del 300 por ciento de la Tasa Federal de Beneficios (Federal Benefit Rate, FBR). Un ingreso mensual bruto de \$2,250 (2018) o menos se considera elegible para los ingresos.

⇒ Una persona es elegible para recursos si los recursos totales contables son iguales a de \$2,000 o menos, después de un descuento automático estándar de \$6,000 de los recursos totales contables del solicitante.

⇒ Algunos ejemplos de recursos contables incluyen activos como dinero en efectivo (incluidas las cuentas corrientes y de ahorro), acciones, bonos, inversiones y activos del plan de jubilación.

EL IMPACTO DE CHC SOBRE LOS SERVICIOS DE MEDICARE – Cuál es la diferencia:

- Los participantes elegibles dobles pueden conservar a sus médicos de atención primaria actuales. Sin embargo, un proveedor que factura frecuentemente a Medicaid debe inscribirse en Medicaid bajo la guía federal y el CHC-MCO alentarán al proveedor a inscribirse. Si el proveedor factura a Medicaid con frecuencia pero se niega a inscribirse, el CHC-MCO trabajará con el participante para encontrar a un nuevo proveedor inscrito en Medicaid.
- Se requiere que cada CHC-MCO ofrezca un plan de atención administrada de Medicare complementario a sus participantes elegibles dobles. Estos planes se denominan Planes de necesidades especiales de elegibilidad doble (Dual-Eligible Special Needs Plans, D-SNPs). Bajo CHC, los participantes tendrán la oportunidad de obtener un enfoque más coordinado de su atención, y pueden recibir beneficios adicionales al inscribirse en el D-SNP complementario de su CHC-MCO.
- Una vez que se implemente CHC, todas las facturas de Medicaid para los participantes se enviarán al CHC-MCO del participante, incluidas las facturas que se presentan después de que Medicare haya denegado o pagado parte de una reclamación.
- Puede que el CHC-MCO no requiera autorización previa para los servicios cubiertos por Medicare. Sin embargo, si Medicare deniega el servicio o hay un límite en el servicio de Medicare, el CHC-MCO puede requerir autorización previa para el servicio equivalente de Medicaid, siempre y cuando el CHC-MCO tenga una política de autorización previa que haya sido aprobada por el estado. Los coordinadores de servicios trabajarán con los participantes para coordinar la autorización previa de los servicios cuando se necesite.

EL CRECIMIENTO EN UNITED DISABILITIES SERVICES

UDS ha registrado un crecimiento significativo de los participantes en los meses recientes. Al presente servimos a más de 3,000 personas. Se preguntará usted, ¿qué ha contribuido a este gran crecimiento?

- La calidad
- Una excelente reputación
- La creación de nuevas plazas
- Tener una visión y esforzarse por alcanzarla
- El personal correcto en el lugar correcto - Excelentes Coordinadores de Servicios
- Años de preparación
- Liderazgo y orientación
- Todo su personal asume la responsabilidad de su práctica

Según crecemos, aún somos muy cuidadosos de contratar a personas que puedan internalizar la cultura UDS. Nuestra misión es real y digna y atrae a las personas adecuadas para querer trabajar aquí.

*Para más información, llame a su Coordinador de Servicio o visite www.dhs.pa.gov. Para comunicaciones más rápidas y eficaces, envíenos su correo electrónico a: ADVOCATE@udservices.org