



Community  
**HealthChoices**

 pa health  
& wellness.

---

# MANUAL PARA PARTICIPANTES DE PA HEALTH & WELLNESS

0

1-844-626-6813

TDD/TTY (Personas con Discapacidad Auditiva): 711/PA Relay

[PAHealthWellness.com](http://PAHealthWellness.com)

## Índice

Tema	Página
<b>Sección 1: Bienvenido</b> .....	<b>6</b>
Introducción.....	7
¿Qué es Community HealthChoices? .....	7
Bienvenido a <b>PA Health &amp; Wellness</b> .....	7
Servicios para Participantes.....	8
Tarjetas de Identificación del Participante.....	9
Información de Contacto Importante .....	11
Emergencias.....	11
Información de Contacto Importante: Visión General.....	11
Otros Números de Teléfono .....	13
Servicios de Comunicación .....	27
Programa Vida Independiente para Ancianos (LIFE).....	28
Inscripción .....	28
Servicios de Inscripción.....	28
Cambio de su Plan Community HealthChoices.....	29
Cambios en el Hogar.....	29
¿Qué Sucede si me Mudo?.....	30
Pérdida de Beneficios.....	30
Información sobre Proveedores.....	30
Elección de su Proveedor de Cuidado Primario (PCP).....	31
Cómo Cambiar su PCP .....	32
Visitas al Consultorio.....	33
Cómo Concertar una Cita con su PCP.....	33
Estándares de la Cita .....	33
Remisiones.....	34
Autoderivaciones.....	34
Cuidado Fuera del Horario de Atención .....	35
Coordinación de Servicios.....	35
Compromiso de los Participantes.....	36
Sugerencias de Cambios a Políticas y Servicios.....	36
Comité Asesor para Participantes de <b>PA Health &amp; Wellness</b> .....	36
Programa de Mejora de la Calidad de <b>PA Health &amp; Wellness</b> .....	36

# Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

<b>Sección 2: Derechos y Responsabilidades .....</b>	<b>38</b>
Derechos y Responsabilidades de los Participantes .....	39
Derechos del Participante .....	39
Responsabilidades del Participante.....	40
Privacidad y Confidencialidad.....	41
Copagos .....	41
¿Qué Sucede si se me Cobra un Copago y No Estoy de Acuerdo? .....	42
Información de Facturación .....	42
¿Cuándo me Puede Cobrar un Proveedor? .....	42
¿Qué Sucede si Recibo una Factura?.....	43
Responsabilidad de Terceros .....	43
Coordinación de Beneficios .....	43
Programa de Restricción/Bloqueo de Destinatarios .....	44
¿Cómo Funciona? .....	44
Denuncia de Fraude y Abuso .....	45
¿Cómo Denuncio Fraude o Abuso de los Participantes? .....	45
¿Cómo Denuncio Fraude o Abuso de Proveedores? .....	46
<b>Sección 3: Servicios de Salud Física .....</b>	<b>47</b>
Administración del Cuidado .....	48
Servicios Cubiertos.....	48
Servicios que No Están Cubiertos .....	53
Segundas Opiniones .....	53
¿Qué es la Autorización Previa? .....	54
¿Qué Significa Medicamento Necesario? .....	54
Cómo Solicitar Autorización Previa .....	54
¿Qué Servicios, Artículos o Medicamentos Necesitan Autorización Previa? .....	55
Autorización Previa de un Servicio o Artículo .....	58
Autorización Previa para Medicamentos Cubiertos .....	59
¿Qué Sucede si Recibo una Notificación de Rechazo? .....	59
Descripciones de Servicios .....	59
Servicios de Emergencia.....	59
Servicio de Transporte Médico para Casos de Emergencia.....	60
Atención de Urgencia .....	60
Servicios de Cuidados Dentales.....	61
Excepción de Límite de Beneficio Dental .....	62
Plazos para Decidir una Excepción de Límite de Beneficios .....	63
Servicios de Cuidado de la Visión .....	63
Beneficios de Farmacia .....	63

# Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Recetas .....	64
Lista Estatal de Medicamentos Preferidos (PDL) y Formulario Complementario de <b>PA Health &amp; Wellness</b> .....	64
Reembolso de Medicamentos .....	65
Medicamentos Especializados .....	65
Medicamentos de Venta Libre .....	66
Ayuda para Inscribirse en Medicare Part D .....	66
Servicios para Dejar de Fumar .....	67
¿Desea dejar de usar tabaco o nicotina? ¡ <b>PA Health &amp; Wellness</b> quiere ayudarlo a dejar de fumar! .....	67
Medicamentos .....	67
Servicios de Asesoramiento .....	67
Tratamiento de Salud Conductual .....	67
Otros Recursos para Dejar de Fumar .....	68
Planificación Familiar .....	68
Cuidado de Maternidad .....	69
Cuidado durante el Embarazo .....	69
Cuidado para Usted y su Bebé Después del Nacimiento .....	70
MCO Maternity Program .....	70
Equipo Médico Duradero y Suministros Médicos .....	71
Servicios de Centros de Convalecencia .....	72
Servicios Ambulatorios .....	72
Servicios Hospitalarios .....	72
Servicios Preventivos .....	73
Examen Físico .....	74
Nueva Tecnología Médica .....	74
Atención Médica a Domicilio .....	74
Administración de Enfermedades .....	75
Servicios Expandidos .....	75
<b>Sección 4: Fuera de la red y Fuera del Plan .....</b>	<b>78</b>
Proveedores Fuera de la Red .....	79
Obtención de Atención Fuera del Área de Servicios de <b>PA Health &amp; Wellness</b> .....	79
Fuera del Plan .....	79
Transporte para Servicios Médicos sin Carácter de Emergencia .....	80
Programa de Transporte de Asistencia Médica .....	80
Programa para Mujeres, Bebés y Niños .....	81
Crisis y Prevención de Violencia Doméstica .....	81
Violencia Sexual y Crisis por Violación .....	82

<b>Sección 5: Servicios y Apoyos a Largo Plazo.....</b>	<b>84</b>
Servicios y Apoyos a Largo Plazo .....	85
Coordinación de Servicios .....	85
Evaluación Integral de las Necesidades .....	87
Planificación Centrada en la Persona.....	88
Equipo de Planificación Centrado en la Persona.....	89
Descripciones de servicios .....	89
Servicios Comunitarios y en el Hogar.....	89
Apoyo a la Comunidad Dirigido por los Participantes.....	93
Servicios de Centros de Convalecencia .....	94
Pago del Paciente por los Servicios de Hogares de Ancianos .....	95
Programa Estatal Defensor del Pueblo .....	95
Servicios Expandidos de LTSS .....	95
Recuperación de Bienes Raíces .....	96
<b>Sección 6: Instrucciones anticipadas .....</b>	<b>98</b>
Instrucciones anticipadas .....	99
Testamentos Vitales .....	99
Poder Legal de Atención Médica.....	99
Qué Hacer si un Proveedor No Sigue su Directiva Anticipada .....	99
<b>Sección 7: Servicios de Salud Conductual .....</b>	<b>101</b>
Servicios de Salud Conductual.....	102
<b>Sección 8: Quejas, Reclamos y Audiencias Imparciales .....</b>	<b>105</b>
Quejas, Reclamos y Audiencias Imparciales.....	106
Quejas .....	106
¿Qué es una Queja? .....	106
Queja de Primer Nivel .....	106
¿Qué Debo Hacer si Tengo una Queja? .....	106
¿Cuándo Debo Presentar una Queja de Primer Nivel? .....	107
¿Qué Sucede Después de Presentar una Queja de Primer Nivel? .....	109
¿Qué Sucede si No Estoy Conforme con la Decisión de <b>PA Health &amp; Wellness?</b> .....	110
Queja de Segundo Nivel.....	110
¿Qué Debo Hacer si Quiero Presentar una Queja de Segundo Nivel? .....	110
¿Qué Sucede Después de Presentar una Queja de Segundo Nivel? ...	111

# Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

¿Qué Sucede si No Estoy Conforme con la Decisión de <b>PA Health &amp; Wellness</b> sobre Mi Reclamo de Segundo Nivel? .....	111
Revisión Externa de Quejas .....	112
¿Cómo Solicito una Revisión Externa de Quejas? .....	112
¿Qué Sucede Después de Solicitar una Revisión Externa de Quejas? .....	112
RECLAMOS .....	113
¿Qué es una queja? .....	113
¿Qué Debo Hacer si Tengo un Reclamo? .....	113
¿Cuándo Debo Presentar un Reclamo? .....	114
¿Qué Sucede Después de Presentar un Reclamo? .....	114
¿Qué Sucede si No Estoy Conforme con la Decisión de <b>PA Health &amp; Wellness</b> ? .....	115
Revisión Externa de Reclamos .....	116
¿Cómo Solicito una Revisión Externa de Reclamos? .....	116
¿Qué Sucede Después de Solicitar una Revisión Externa de Reclamos? .....	116
Quejas y Reclamos Acelerados .....	117
¿Qué Puedo Hacer si mi Salud Está en Riesgo Inmediato? .....	117
Queja Acelerada y Reclamo Externo Acelerado .....	117
Reclamo Acelerado y Reclamo Externo Acelerado .....	118
¿Qué tipo de ayuda puedo recibir con los procesos de Reclamo y Queja? .....	119
Personas Cuyo Idioma Primario No es Inglés .....	120
Personas con Discapacidades .....	120
AUDIENCIAS IMPARCIALES DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS .....	120
¿Por qué Motivo Puedo Solicitar una Audiencia Imparcial y Cuándo debo Solicitar una Audiencia Imparcial? .....	120
¿Cómo Solicito una Audiencia Imparcial? .....	121
¿Qué Sucede Después de Solicitar una Audiencia Imparcial? .....	121
¿Cuándo se Decidirá la Audiencia Imparcial? .....	122
Audiencia Imparcial Acelerada .....	123
¿Qué Puedo Hacer si mi Salud Está en Riesgo Inmediato? .....	123

# **Sección 1:**

# **Bienvenido**

## Introducción

### ¿Qué es Community HealthChoices?

Community HealthChoices es el programa de atención administrada de Asistencia Médica de Pennsylvania que incluye beneficios de salud física y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). La Oficina de Vida a Largo Plazo (OLTL) en el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Pennsylvania supervisa los beneficios de salud física y LTSS de Community HealthChoices. Esos servicios se proporcionan a través de las organizaciones de atención administrada de Community HealthChoices (CHC-MCO). Los servicios de salud conductual se proporcionan a través de organizaciones de atención administrada de salud del comportamiento (BH-MCO) que supervisa la Oficina de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (OMHSAS) en el DHS. Para obtener más información sobre los servicios de salud conductual, consulte la página **96**.

## Bienvenido a PA Health & Wellness

¡**PA Health & Wellness** le da la bienvenida como Participante de Community HealthChoices y **PA Health & Wellness**! Establecida para ofrecer cuidado de la salud de calidad en el estado de Pennsylvania a través de recursos locales, regionales y comunitarios, PA Health & Wellness es una Organización de Atención Administrada y subsidiaria de Centene Corporation (Centene). PA Health & Wellness existe para mejorar la salud de sus beneficiarios a través de atención focalizada, compasiva y coordinada. Nuestro enfoque se basa en la creencia fundamental de que la mejor atención sanitaria de calidad se presta localmente.





## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

PA Health & Wellness opera en todos los condados de la Commonwealth. **PA Health & Wellness** tiene una red de proveedores, instalaciones y suministradores contratados para proporcionar servicios cubiertos a los Participantes. PA Health & Wellness trabaja con un grupo grande de Proveedores de Cuidado Primario (PCP), especialistas, hospitales, servicios y apoyos a largo plazo, y otros proveedores de cuidado de la salud. Este grupo es nuestra “red”. En la mayoría de los casos, usted recibirá atención “dentro de la red”. Ese no es el caso si necesita Atención Urgente o de Emergencia fuera de su área de servicio. Consulte la sección de Atención de Emergencia de este manual para obtener más información. Si usted es un Participante Doblemente Elegible, tiene el derecho de acceder a los proveedores de Medicare para servicios de Medicare independientemente de si los proveedores de Medicare se encuentran en la red de PA Health & Wellness. No tendrá que obtener el formulario de aprobación previa de PA Health & Wellness para sus servicios cubiertos por Medicare.

### Servicios para Participantes

El personal de Servicios para Participantes puede ayudarle con:

- **Búsqueda de un médico u otro proveedor**
- **Obtención de una nueva Tarjeta de ID de Participante PA Health & Wellness**
- **Comprensión de los beneficios cubiertos y no cubiertos**
- **Presentación de una Queja o Reclamo**
- **Solicitud de una copia impresa de nuestro Directorio de Proveedores o Manual del Participante**
- **Denuncia de posibles problemas de fraude por parte de un Participante o proveedor**
- **Actualización de su dirección y número de teléfono**

#### Recepción de materiales de nuevos Participantes

Los servicios para Participantes de **PA Health & Wellness** están disponibles en el siguiente horario:

**Lunes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.**

**De martes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.**

Y puede contactarlos llamando al 1-844-626-6813 o TTY 711. También puede contactar a Servicios para Participantes por escrito en la siguiente dirección:

**1700 Bent Creek BLVD, Ste. 200 Mechanicsburg, PA 17050**

y

**[www.PAHealthWellness.com](http://www.PAHealthWellness.com) o por correo electrónico a [Information@PAHealthWellness.com](mailto:Information@PAHealthWellness.com)**

## Tarjetas de Identificación del Participante

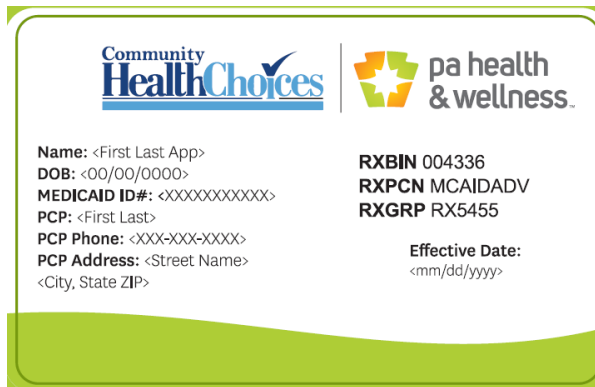
Cuando se inscriba en PA Health & Wellness, le enviaremos por correo su tarjeta de ID de Participante dentro de los cinco (5) días hábiles de ser notificado por el DHS sobre su inscripción en nuestro plan de salud.

Su tarjeta de ID de Participante es una prueba de que usted es un Participante de PA Health & Wellness. Debe conservar su tarjeta de ID de Participante con usted en todo momento. Muestre su tarjeta de ID de Participante cada vez que acuda a cualquier servicio cubierto por PA Health & Wellness. Además, también debe llevar consigo su tarjeta de ID de Medicaid emitida por el estado para recibir beneficios de Medicaid no proporcionados por PA Health & Wellness. Cada vez que reciba una nueva tarjeta de ID de Participante, destruya la anterior. Si pierde su tarjeta de ID de Participante, no la recibió o se la robaron, visite el sitio web seguro del Participante o llame a Servicios para Participantes al 1-844-626-6813 o TTY 711. Le enviaremos una nueva tarjeta de ID en un plazo de diez (10) días. Sus servicios continuarán mientras espera a que llegue su nueva tarjeta de ID.

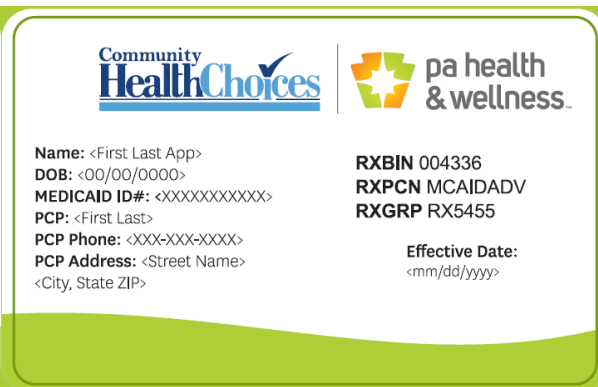
También puede imprimir una tarjeta de ID de Participante temporal desde el Portal de Participantes seguro en nuestro sitio web: [PAHealthWellness.com](http://PAHealthWellness.com)

Su ID tiene este aspecto:

### Anverso



### Reverso



También recibirá una tarjeta ACCESS o EBT. Si pierde su tarjeta ACCESS o EBT, llame a la Oficina de Asistencia del Condado (CAO). El número de teléfono de la CAO aparece más adelante en la sección **Información de Contacto Importante**. Recibirá una de las siguientes dos tarjetas.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

La tarjeta EBT con el edificio del Capitolio y las flores de cerezo se puede utilizar para asistencia en efectivo, el Supplemental Nutritional Assistance Program (SNAP) y el MA. Además, si un Participante es elegible para recibir asistencia en efectivo, automáticamente será elegible para el MA. Normalmente, esta tarjeta se emite a la persona a la que se dirige la asistencia en efectivo o el beneficio de SNAP o, en el caso del MA, se emite al jefe de familia.



	<b>ACCESS</b>
<b>NAME:</b>	Individual Name
<b>ID #:</b>	987654321
<b>CARD ISSUE #:</b>	0123456789

**PENNSYLVANIA ACCESS CARD**  
Commonwealth of Pennsylvania, Department of Human Services

**MISUSE OR ABUSE OF THIS CARD MAY MAKE YOU LIABLE FOR CIVIL ACTION AND/OR CRIMINAL PROSECUTION**

To Report Fraud and Abuse Call: 1-800-932-0582

Return Postage Guaranteed. If found, drop in nearest United States Mail Box. Return to Department of Human Services, Harrisburg, PA 17105.

**NOTE:** Even if you or people you are financially responsible for do not obtain services using your ACCESS Card, benefit payments could be made on your behalf or their behalf. If you fail to report changes timely, you may be required to repay these benefits.

La tarjeta blanca con impresión azul y negra que se muestra arriba puede utilizarse para Asistencia Médica. Esta tarjeta se emite a los Participantes que no reciben asistencia en efectivo o beneficios SNAP (o a los participantes que reciben estos beneficios pero no son el jefe de familia).

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Hasta que reciba su tarjeta de ID de **PA Health & Wellness** utilice su tarjeta ACCESS o EBT para los servicios de cuidado de la salud que obtiene a través de Community HealthChoices.

### Información de Contacto Importante

La siguiente es una lista de números de teléfono importantes que puede necesitar. Si no está seguro de a quién llamar, comuníquese con Servicios para Participantes y obtenga ayuda llamando al **1-844-626-6813** o **TTY 711**.

#### Emergencias

Consulte la Sección 3: Servicios de Salud Física Cubiertos, a partir de la página **45**, para obtener más información sobre los servicios de emergencia. Si tiene una emergencia, puede obtener ayuda si acude al departamento de emergencias más cercano, llama al 911 o al servicio de ambulancia local.

#### Información de Contacto Importante: Visión General

Nombre	Información de Contacto: Teléfono o sitio web	Apoyo Provisto
<b>Números de Teléfono del Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania</b>		
Oficina de Asistencia del Condado/COMPASS	1-877-395-8930 o 1-800-451-5886 (TTY/TTD) o <a href="http://www.compass.state.pa.us">www.compass.state.pa.us</a> o Aplicación móvil myCOMPASS PA para teléfonos inteligentes	Cambie su información personal para la elegibilidad de Asistencia Médica. Consulte la página <b>27</b> de este manual para obtener más información.
Línea Directa de Denuncia de Fraude y Abuso, Departamento de Servicios Humanos	1-844-DHS-TIPS (1-844-347-8477)	Denuncie el fraude o abuso de un Participante o proveedor en el Programa de Asistencia Médica. Consulte la página <b>42</b> de este manual para obtener más información.
Línea de Ayuda para Participantes de la	1-800-757-5042	Hable con un miembro del personal de la Oficina de Vida a Largo Plazo del

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Oficina de Vida a Largo Plazo		Estado si no puede resolver sus inquietudes con <b>PA Health &amp; Wellness</b>
<b>Otros Números de Teléfono importantes</b>		
Línea Directa de Enfermería de <b>PA Health &amp; Wellness</b>	<b>1-844-626-6813</b> o TTY: <b>711</b>	Hable con un enfermero las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sobre temas de salud urgentes. Consulte la página <b>32</b> de este manual para obtener más información.
Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight (PA MEDI), Departamento de Servicios para Ancianos	1-800-783-7067	Obtenga ayuda con preguntas sobre Medicare.
Especialista en Inscripción	1-844-824-3655 1-833-254-0690 (TTY)	Escoja o cambie un plan de Community HealthChoices. Consulte la página <b>27</b> de este manual para obtener más información.
Departamento de Seguros, Oficina de Servicios al Consumidor	1-877-881-6388	Solicite un formulario de Reclamos, presente un Reclamo o hable con un representante de servicios al consumidor.
Defensor del Pueblo	Comuníquese con la Agencia del Área de Adultos Mayores local. Puede encontrar la información de contacto en <a href="http://www.aging.pa.gov/aging-services/Pages/Ombudsman.aspx">www.aging.pa.gov/aging-services/Pages/Ombudsman.aspx</a> o llamando al Departamento de Servicios para Ancianos de Pennsylvania al 717-783-8975	Pida ayuda u obtenga información sobre los derechos legales de alguien en un hogar de ancianos, un centro de vida asistida o un hogar de cuidado personal.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Servicios de Protección	1-800-490-8505	Haga una denuncia en caso de sospecha de abuso, negligencia, explotación o abandono de un adulto mayor de 60 años o uno entre 18 y 59 años de edad que tiene una discapacidad física o mental.
-------------------------	----------------	--

### Otros Números de Teléfono

Línea de Niños	1-800-932-0313
Oficina de Asistencia del Condado	Consulte la lista de la página 11
Servicios de Intervención en Situación de Crisis	1-800-932-4632
Asistencia Jurídica	1-800-274-3258
Programa de Transporte de Asistencia Médica	Consulte la lista de la página 13
Servicios de Salud Mental/Discapacidad Intelectual	1-888-565-9435
Línea Nacional de Prevención del Suicidio	1-800-273-8255

### Proveedores de MATP por Condado

<b>Condado</b>	<b>Número de Teléfono Local</b>	<b>Número Gratuito:</b>
<i>Adams</i>	800-632-9063	800-632-9063
<i>Allegheny</i>	412-350-4476	888-547-6287
<i>Armstrong</i>	724-548-3408	800-468-7771
<i>Beaver</i>	724-375-2895	800-262-0343
<i>Bedford</i>	814-643-9484	
<i>Berks</i>	610-921-2361	800-383-2278
<i>Blair</i>	814-695-3500	800-458-5552
<i>Bradford</i>	570-888-7330	800-242-3484
<i>Bucks</i>	215-794-5554	888-795-0740
<i>Butler</i>	724-431-3692	866-638-0598
<i>Cambria</i>	814-535-4630	888-647-4814
<i>Cameron</i>	866-282-4968	866-282-4968
<i>Carbon</i>	570-669-6380	800-990-4287
<i>Centre</i>	814-355-6807	
<i>Chester</i>	484-696-3854	877-873-8415
<i>Clarion</i>	814-226-7012	800-672-7116

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

<i>Clearfield</i>	814-765-1551	800-822-2610
<i>Clinton</i>	570-323-7575	800-206-3006
<i>Columbia</i>	800-632-9063	800-632-9063
<i>Crawford</i>	814-333-7090	800-210-6226
<i>Cumberland</i>	800-632-9063	800-632-9063
<i>Dauphin</i>	717-232-9880	800-309-8905
<i>Delaware</i>	610-490-3960	866-450-3766
<i>Elk</i>	866-282-4968	866-282-4968
<i>Erie</i>	814-456-2299	800-323-5579
<i>Fayette</i>	724-628-7433	800-321-7433
<i>Forest</i>	814-927-8266	800-222-1706
<i>Franklin</i>	800-632-9063	800-632-9063
<i>Fulton</i>	717-485-4899	800-999-0478
<i>Greene</i>	724-627-6778	877-360-7433
<i>Huntingdon</i>	814-641-6408	800-817-3383
<i>Indiana</i>	724-463-3235	888-526-6060
<i>Jefferson</i>	814-938-3302	800-648-3381
<i>Juniata</i>	717-242-2277	800-348-2277
<i>Lackawanna</i>	570-963-6482	
<b>Condado</b>	<b>Número de Teléfono Local</b>	<b>Número Gratuito:</b>
<i>Lancaster</i>	717-291-1243	800-892-1122
<i>Lawrence</i>	724-652-5588	888-252-5104
<i>Lebanon</i>	717-273-9328	
<i>Lehigh</i>	610-253-8333	888-253-8333
<i>Luzerne</i>	570-288-8420	800-679-4135
<i>Lycoming</i>	570-323-7575	800-222-2468
<i>McKean</i>	866-282-4968	866-282-4968
<i>Mercer</i>	724-662-6222	800-570-6222
<i>Mifflin</i>	717-242-2277	800-348-2277
<i>Monroe</i>	570-839-8210	888-955-6282
<i>Montgomery</i>	215-542-7433	
<i>Montour</i>	800-632-9063	800-632-9063
<i>Northampton</i>	610-253-8333	888-253-8333
<i>Northumberland</i>	800-632-9063	800-632-9063
<i>Perry</i>	717-846-7433	800-632-9063
<i>Philadelphia</i>	877-835-7412	877-835-7412
<i>Pike</i>	570-296-3408	866-681-4947

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

<i>Potter</i>	814-544-7315	800-800-2560
<i>Schuylkill</i>	570-628-1425	888-656-0700
<i>Snyder</i>	800-632-9063	800-632-9063
<i>Somerset</i>	814-445-9628	800-452-0241
<i>Sullivan</i>	570-888-7330	800-242-3484
<i>Susquehanna</i>	570-278-6140	866-278-9332
<i>Tioga</i>	570-569-7330	800-242-3484
<i>Union</i>	800-632-9063	800-632-9063
<i>Venango</i>	814-432-9767	
<i>Warren</i>	814-723-1874	877-723-9456
<i>Washington</i>	724-223-8747	800-331-5058
<i>Wayne</i>	570-253-4280	800-662-0780
<i>Westmoreland</i>	724-832-2706	800-242-2706
<i>Wyoming</i>	570-278-6140	866-278-9332
<i>York</i>	717-846-7433	800-632-9063

### Proveedores de MATP por Condado

<b>CONDADO</b>	<b>DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE ASISTENCIA</b>	<b>NÚMEROS DE TELÉFONO/FAX</b>
<b>ADAMS</b>	Adams County Assistance Office 225 South Franklin Street P.O. Box 4446 Gettysburg, PA 17325-4446	Número Gratuito: 1-800-638-6816 Teléfono: 717-334-6241 FAX: 717-334-4104 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>ALLEGHENY</b>	Allegheny County Assistance Office Headquarters Piatt Place 301 5th Avenue, Suite 470 Pittsburgh, PA 15222	Teléfono: 412-565-2146 FAX: 412-565-3660 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>ALLEGHENY</b>	Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) 5947 Penn Avenue, 4th Floor Pittsburgh, PA 15206 * La entrada está en Kirkwood Street y North Highland Avenue	Teléfono: 412-562-0330 FAX: 412-565-0107 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>ALLEGHENY</b>	Alle-Kiski District 909 Industrial Blvd New Kensington, PA 15068-0132	Número Gratuito: 1-800-622-3527 Teléfono: 724-339-6800 FAX: 724-339-6850 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.



## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

<b>CONDADO</b>	<b>DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE ASISTENCIA</b>	<b>NÚMEROS DE TELÉFONO/FAX</b>
<b>ALLEGHENY</b>	Institution-Related Eligibility District (IRED) 301 5th Avenue, Suite 420 Pittsburgh, PA 15222	Teléfono: 412-565-5604 FAX: 412-565-5074 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>ALLEGHENY</b>	Liberty District 332 5th Avenue, Suite 300 Pittsburgh, PA 15222	Teléfono: 412-565-2652 FAX: 412-565-5088
<b>ALLEGHENY</b>	Three Rivers District Warner Center 332 Fifth Avenue, 2nd Floor Pittsburgh, PA 15222	Teléfono: 412-565-7755 FAX: 412-565-5198 o 5075 HORARIO DE ATENCIÓN: 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>ALLEGHENY</b>	Southeast District 220 Sixth Street McKeesport, PA 15132-2720	Teléfono: 412-664-6800 o 6801 FAX: 412-664-5218 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>ALLEGHENY</b>	Southern District 332 Fifth Avenue, Suite 230 Pittsburgh, PA 15222	Teléfono: 412-565-2232 FAX: 412-770-3686 o 412-565-5713 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>ALLEGHENY</b>	Greater Pittsburgh East District 5947 Penn Avenue Pittsburgh, PA 15206-3844	Teléfono: 412-645-7400 o 7401 FAX: 412-365-2821 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>ARMSTRONG</b>	Armstrong County Assistance Office 1280 North Water Street Kittanning, PA 16201-0898	Número Gratuito: 1-800-424-5235 Teléfono: 724-543-1651 LIHEAP 724-543-6076 o 800-543-5105 FAX: 724-548-0274 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>BEAVER</b>	Beaver County Assistance Office 171 Virginia Avenue P. O. Box 349 Rochester, PA 15074-0349	Número Gratuito: 1-800-653-3129 Teléfono: 724-773-7300 LIHEAP 724-773-7495 FAX: 724-773-7859 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7 A.M. a 5 P.M.
<b>BEDFORD</b>	Bedford County Assistance Office 150 North Street Bedford, PA 15522-1040	Número Gratuito: 1-800-542-8584 Teléfono: 814-623-6127 LIHEAP 814-624-4072 FAX: 814-623-7310 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7 A.M. a 5 P.M.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

<b>CONDADO</b>	<b>DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE ASISTENCIA</b>	<b>NÚMEROS DE TELÉFONO/FAX</b>
<b>BERKS</b>	Berks County Assistance Office Reading State Office Building 625 Cherry Street Reading, PA 19602-1188	Número Gratuito: 1-866-215-3912 Teléfono: 610-736-4211 LIHEAP 610-736-4228 o 866-215-3911 FAX: 610-736-4004 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>BLAIR</b>	Blair County Assistance Office 1100 Green Avenue Altoona, PA 16601-3440	Número Gratuito: 1-866-812-3341 LIHEAP 814-946-7365 FAX: 814-941-6813 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>BRADFORD</b>	Bradford County Assistance Office 1 Elizabeth Street, Suite 4 P.O. Box 398 Towanda, PA 18848-0398	Número Gratuito: 1-800-542-3938 Teléfono: 570-265-9186 FAX: 570-265-3061 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>BUCKS</b>	Bucks County Assistance Office 1214 Veterans Highway Bristol, PA 19007-2593	Teléfono: 215-781-3300 Número Gratuito: 1-800-362-1291 LIHEAP 215-781-3393 o 1-800-616-6481 FAX: 215-781-3438 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>BUTLER</b>	Butler County Assistance Office 108 Woody Dr. Butler, PA 16001-5692	Número Gratuito: 1-866-256-0093 Teléfono: 724-284-8844 FAX: 724-284-8833 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>CAMBRIA</b>	Cambria County Assistance Office 625 Main Street Johnstown, PA 15901-1678	Número Gratuito: 1-877-315-0389 Teléfono: 814-533-2491 LIHEAP 814-533-2253 FAX: 814-533-2214 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7 A.M. a 5 P.M.
<b>CAMERON</b>	Cameron County Assistance Office 411 Chestnut Street P.O. Box 71 Emporium, PA 15834-0071	Número Gratuito: 1-877-855-1824 Teléfono: 814-486-3757 LIHEAP 814-486-1206 FAX: 814-486-1379 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8:30 A.M. a 5 P.M.
<b>CARBON</b>	Carbon County Assistance Office 101 Lehigh Drive Lehighton, PA 18235	Número Gratuito: 1-800-314-0963 Teléfono: 610-577-9020 LIHEAP (efectivo) 610-577-9073 LIHEAP (crisis) 866-410-2093 FAX: 610-577-9043 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

<b>CONDADO</b>	<b>DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE ASISTENCIA</b>	<b>NÚMEROS DE TELÉFONO/FAX</b>
<b>CENTRO</b>	Centre County Assistance Office 2580 Park Center Boulevard State College, PA 16801-3005	Número Gratuito: 1-800-355-6024 Teléfono: 814-863-6571 LIHEAP: 814-861-1955 FAX: 814-689-1356 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>CHESTER</b>	Chester County Assistance Office 100 James Buchanan Drive Thorndale, PA 19372-1132	Número Gratuito: 1-888-814-4698 Teléfono: 610-466-1000 LIHEAP 610-466-1042 FAX: 610-466-1130 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>CLARION</b>	Clarion County Assistance Office 71 Lincoln Drive Clarion, PA 16214-3861	Número Gratuito: 1-800-253-3488 Teléfono: 814-226-1700 LIHEAP 814-226-1780 FAX: 814-226-1794 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>CLEARFIELD</b>	Clearfield County Assistance Office 1025 Leonard Street Clearfield, PA 16830	Número Gratuito: 1-800-521-9218 Teléfono: 814-765-7591 LIHEAP 814-765-0684 o 800-862-8941 FAX: 814-765-0802 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>CLINTON</b>	Clinton County Assistance Office 300 Bellefonte Avenue, Suite 101 Lock Haven, PA 17745-1929	Número Gratuito: 1-800-820-4159 Teléfono: 570-748-2971 FAX: 570-893-2973 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>COLUMBIA</b>	Columbia County Assistance Office 27 East Seventh Street P.O. Box 628 Bloomsburg, PA 17815-0628	Número Gratuito: 1-877-211-1322 Teléfono: 570-387-4200 LIHEAP 570-387-4232 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>CRAWFORD</b>	Crawford County Assistance Office 1084 Water Street P.O. Box 1187 Meadville, PA 16335-7187	Llamada gratuita: 1-800-527-7861 Teléfono: 814-333-3400 LIHEAP 814-333-3400 FAX: 814-333-3527
<b>CUMBERLAND</b>	Cumberland County Assistance Office 33 Westminster Drive Carlisle, PA 17013-0599	Número Gratuito: 1-800-269-0173 Teléfono: 717-240-2700 FAX: 717-240-2781 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7 A.M. a 5 P.M.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

<b>CONDADO</b>	<b>DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE ASISTENCIA</b>	<b>NÚMEROS DE TELÉFONO/FAX</b>
<b>DAUPHIN</b>	Dauphin County Assistance Office 2432 N. 7th Street P.O. Box 5959 Harrisburg, PA 17110-0959	Número Gratuito: 1-800-788-5616 Teléfono: 717-787-2324 LIHEAP 717-265-8919 FAX: 717-772-4703 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>DELAWARE</b>	Delaware County Assistance Office Headquarters 701 Crosby Street, Suite A Chester, PA 19013-6099	Teléfono: 610-447-5500 LIHEAP 610-447-3099 FAX: 610-447-5399 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>DELAWARE</b>	Crosby District 701 Crosby Street, Suite A Chester, PA 19013-6099	Teléfono: 610-447-5500 LIHEAP: 610-447-3099 FAX: 610-447-5399 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>DELAWARE</b>	Darby District 845 Main Street Darby, PA 19023	Teléfono: 610-461-3800 FAX: 610-461-3900 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>ELK</b>	Elk County Assistance Office 145 Race Street P.O. Box F Ridgway, PA 15853-0327	Número Gratuito: 1-800-847-0257 Teléfono: 814-776-1101 LIHEAP 814-772-5215 o 814-776-1101 FAX: 814-772-7007 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8:30 A.M. a 5 P.M.
<b>ERIE</b>	Erie County Assistance Office 1316 Holland Street P.O. Box 958 Erie, PA 16512-0958	Número Gratuito: 1-800-635-1014 Teléfono: 814-461-2000 LIHEAP 814-461-2002 FAX: 814-461-2294 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>FAYETTE</b>	Fayette County Assistance Office 41 West Church Street Uniontown, PA 15401-3418	Número Gratuito: 1-877-832-7545 Teléfono: 724-439-7015 LIHEAP 724-439-7125 FAX: 724-439-7002 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>FOREST</b>	Forest County Assistance Office 106 Sherman Street Tionesta, PA 16353	Número Gratuito: 1-800-876-0645 Teléfono: 814-755-3552 FAX: 814-755-3420 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8:30 A.M. a 5 P.M.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

<b>CONDADO</b>	<b>DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE ASISTENCIA</b>	<b>NÚMEROS DE TELÉFONO/FAX</b>
<b>FRANKLIN</b>	Franklin County Assistance Office 620 Norland Avenue Chambersburg, PA 17201-4205	Número Gratuito: 1-877-289-9177 Teléfono: 717-264-6121 LIHEAP 717-262-6579 FAX: 717-264-4801 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>FULTON</b>	Fulton County Assistance Office 539 Fulton Drive McConnellsburg, PA 17233	Número Gratuito: 1-800-222-8563 Teléfono: 717-485-3151 FAX: 717-485-3713 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>GREENE</b>	Greene County Assistance Office 108 Greene Plaza, Suite 1 Waynesburg, PA 15370-0950	Número Gratuito: 1-888-410-5658 Phone: 724- 627-8171 FAX: 724-627-8096 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>HUNTINGDON</b>	Huntingdon County Assistance Office 7591 Lake Raystown Shopping Center Huntingdon, PA 16652-0398	Número Gratuito: 1-800-237-7674 Teléfono: 814-643-1170 LIHEAP 814-643-4098 FAX: 814-643-5441 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>INDIANA</b>	Indiana County Assistance Office 2750 West Pike Road Indiana, PA 15701	Número Gratuito: 1-800-742-0679 Teléfono: 724-357-2900 LIHEAP 724-357-2918 FAX: 724-357-2951 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7 A.M. a 5 P.M.
<b>JEFFERSON</b>	Jefferson County Assistance Office 100 Prushnok Drive P.O. Box 720 Punxsutawney, PA 15767-0720	Número Gratuito: 1-800-242-8214 Teléfono: 814-938-2990 LIHEAP 814-938-1329 FAX: 814-938-3842 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8:30 A.M. a 5 P.M.
<b>JUNIATA</b>	Juniata County Assistance Office 100 Meadow Lane P.O. Box 65 Mifflintown, PA 17059-9983	Número Gratuito: 1-800-586-4282 Teléfono: 717-436-2158 FAX: 717-436-5402 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8:30 A.M. a 5 P.M.
<b>LACKAWANNA</b>	Lackawanna County Assistance Office 200 Scranton Edificio de oficinas estatales 100 Lackawanna Avenue	Número Gratuito: 1-877-431-1887 Teléfono: 570-963-4525 LIHEAP: 570-963-4842 FAX: 570-963-4843 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

<b>CONDADO</b>	<b>DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE ASISTENCIA</b>	<b>NÚMEROS DE TELÉFONO/FAX</b>
<b>LANCASTER</b>	Lancaster County Assistance Office 832 Manor Street P.O. Box 4967 Lancaster, PA 17604-4967	Teléfono: 717-299-7411 LIHEAP (efectivo) 717-299-7543 LIHEAP (crisis) 717-299-7543 FAX: 717-299-7565 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>LAWRENCE</b>	Lawrence County Assistance Office 108 Cascade Galleria New Castle, PA 16101-3900	Número Gratuito: 1-800-847-4522 Teléfono: 724-656-3000 LIHEAP 724-656-3021 FAX: 724-656-3076 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>LEBANON</b>	Lebanon County Assistance Office 625 South Eighth Street Lebanon, PA 17042-0870	Número Gratuito: 1-800-229-3926 Teléfono: 717-270-3600 LIHEAP 717-273-1641 FAX: 717-228-2589 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>LEHIGH</b>	Lehigh County Assistance Office 555 Union Blvd., Suite 3 Allentown, PA 18109-3389	Número Gratuito: 1-877-223-5956 Teléfono: 610-821-6509 FAX: 610-821-6705 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>LUZERNE</b>	Luzerne County Assistance Office Wilkes-Barre District 205 South Washington Street Wilkes-Barre, PA 18711-3298	Número Gratuito: 1-866-220-9320 Teléfono: 570-826-2100 LIHEAP: 570-826-2041 LIHEAP (crisis): 570-826-0510 FAX: 570-826-2178 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>LUZERNE</b>	Hazleton District Center Plaza Building 10 West Chestnut Street Hazleton, PA 18201-6409	Teléfono: 570-459-3800 LIHEAP: 570-459-3834 FAX: 570-459-3931 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>LYCOMING</b>	Lycoming County Assistance Office 400 Little League Boulevard P.O. Box 127 Williamsport, PA 17703-0127	Número Gratuito: 1-877-867-4014 Teléfono: 570-327-3300 LIHEAP 570-327-3497 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>MCKEAN</b>	McKean County Assistance Office 68 Chestnut Street, Suite B Braford, PA 16701-0016	Número Gratuito: 1-800-822-1108 Teléfono: 814-362-4671 FAX: 814-362-4959 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

<b>CONDADO</b>	<b>DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE ASISTENCIA</b>	<b>NÚMEROS DE TELÉFONO/FAX</b>
<b>MERCER</b>	Mercer County Assistance Office 2236 Highland Road Hermitage, PA 16148-2896	Número Gratuito: 1-800-747-8405 Teléfono: 724-983-5000 LIHEAP 724-983-5022 FAX: 724-983-5706 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>MIFFLIN</b>	Mifflin County Assistance Office 1125 Riverside Drive Lewistown, PA 17044-1942	Número Gratuito: 1-800-382-5253 Teléfono: 717-248-6746 LIHEAP 717-242-6095 FAX: 717-242-6099 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>MONROE</b>	Monroe County Assistance Office 1972 W. Main Street, Suite 101 Stroudsburg, PA 18360-0232	Número Gratuito: 1-877-905-1495 Teléfono: 570-424-3030 LIHEAP 570-424-3517 FAX: 570-424-3915 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>MONTGOMERY</b>	Montgomery County Assistance Office 1931 New Hope Street Norristown, PA 19401-3191	Número Gratuito: 1-877-398-5571 LIHEAP: 610-272-1752 FAX: 610-270-1678 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>MONTGOMERY</b>	Pottstown District 24 Robinson Street Pottstown, PA 19464-5584	Número Gratuito: 1-800-641-3940 Teléfono: 610-327-4280 LIHEAP 610-272-1752 FAX: 610-327-4350 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>MONTOUR</b>	Montour County Assistance Office 497 Church Street Danville, PA 17821-2217	Número Gratuito: 1-866-596-5944 Teléfono: 570-275-7430 LIHEAP 1-866-410-2093 FAX: 570-275-7433 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>NORTHAMPTON</b>	Northampton County Assistance Office 201 Larry Holmes Drive P.O. Box 10 Easton, PA 18044-0010	Número Gratuito: 1-800-349-5122 Teléfono: 610-250-1700 LIHEAP 610-250-1785/6 FAX: 610-250-1839 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

<b>CONDADO</b>	<b>DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE ASISTENCIA</b>	<b>NÚMEROS DE TELÉFONO/FAX</b>
<b>NORTHUMBERLAND</b>	Northumberland County Assistance Office 320 Chestnut Street Sunbury, PA 17801	Número Gratuito: 1-800-368-8390 Teléfono: 570-988-5900 LIHEAP 570-988-5996 o 800-332-8583 FAX: 570-988-5918 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>PERRY</b>	Perry County Assistance Office 100 Centre Drive P.O. Box 280 New Bloomfield, PA 17068-0280	Número Gratuito: 1-800-991-1929 Teléfono: 717-582-2127 LIHEAP 717-582-5038 FAX: 717-582-4187 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8:30 A.M. a 5 P.M.
<b>PHILADELPHIA</b>	Philadelphia County Assistance Office Headquarters 801 Market Street Philadelphia, PA 19107	Teléfono: 215-560-7226 LIHEAP: 215-560-1583 FAX: 215-560-3214 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>PHILADELPHIA</b>	Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) 1348 W. Sedgley Ave. Philadelphia, PA 19132-2498	LIHEAP: 215-560-1583 LIHEAP Fax: 215-560-2260 HORARIO DE OFICINA: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>CONDADO</b>	<b>DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE ASISTENCIA</b>	<b>NÚMEROS DE TELÉFONO/FAX</b>
<b>PHILADELPHIA</b>	Boulevard District 4109 Frankford Avenue Philadelphia, PA 19124-4508	Teléfono: 215-560-6500 FAX: 215-560-2087 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>PHILADELPHIA</b>	Cheltenham District 301 East Cheltenham Avenue, 1st Flr. Philadelphia, PA 19144-5751	Teléfono: 215-560-5200 FAX: 215-560-5251 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>PHILADELPHIA</b>	Delancey District 5740 Market Street 2nd Floor Philadelphia, PA 19139-3204	Teléfono: 215-560-3700 FAX: 215-560-2907 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>PHILADELPHIA</b>	Elmwood District 5740 Market Street 1st Floor Philadelphia, PA 19139-3204	Teléfono: 215-560-3800 FAX: 215-560-2065 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>PHILADELPHIA</b>	Glendale District 5201 Old York Road Philadelphia, PA 19141-9943	Teléfono: 215-560-4600 FAX: 215-456-5103 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.



## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

<b>CONDADO</b>	<b>DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE ASISTENCIA</b>	<b>NÚMEROS DE TELÉFONO/FAX</b>
<b>PHILADELPHIA</b>	Liberty District 219 East Lehigh Avenue Philadelphia, PA 19125-1099	Teléfono: 215-560-4000 FAX: 215-560-4065 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>PHILADELPHIA</b>	Long Term and Independent Services District 5070 Parkside Avenue Philadelphia, PA 19131	Teléfono: 215-560-5500 FAX: 215-560-1495 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>PHILADELPHIA</b>	Ridge/Tioga District 1350 West Sedgley Avenue Philadelphia, PA 19132-2498	Teléfono: 215-560-4900 FAX: 215-560-4938 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>PHILADELPHIA</b>	Somerset District 2701 N. Broad Street, 2nd Flr. Philadelphia, PA 19132-2743	Teléfono: 215-560-5400 FAX: 215-560-5403 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>PHILADELPHIA</b>	South District 1163 S. Broad Street Philadelphia, PA 19147	Teléfono: 215-560-4400 FAX: 215-218-4650 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>PHILADELPHIA</b>	Unity District 4111 Frankford Avenue Philadelphia, PA 19124	Teléfono: 215-560-6400 FAX: 215-560-2067 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>PHILADELPHIA</b>	West District 5070 Parkside Avenue Philadelphia, PA 19131-4747	Teléfono: 215-560-6100 FAX: 215-560-2053 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>PIKE</b>	Pike County Assistance Office Milford Professional Park Suite 101 10 Buist Road Milford, PA 18337	Número Gratuito: 1-866-267-9181 Teléfono: 570-296-6114 LIHEAP 570-296-6114 FAX: 570-296-4183 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8:30 A.M. a 5 P.M.
<b>POTTER</b>	Potter County Assistance Office 269 Route 6 West, Room 1 Coudersport, PA 16915-8465	Número Gratuito: 1-800-446-9896 Teléfono: 814-274-4900 FAX: 814-274-3635 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8:30 A.M. a 5 P.M.
<b>SCHUYLKILL</b>	Schuylkill County Assistance Office 2640 Woodglen Road P.O. Box 1100 Pottsville, PA 17901-1341	Número Gratuito: 1-877-306-5439 Teléfono: 570-621-3000 LIHEAP 570-621-3072 FAX: 570-624-3334 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8:30 A.M. a 5 P.M.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

<b>CONDADO</b>	<b>DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE ASISTENCIA</b>	<b>NÚMEROS DE TELÉFONO/FAX</b>
<b>SNYDER</b>	Snyder County Assistance Office 83 Maple Lane Selinsgrove, PA 17870-1302	Número Gratuito: 1-866-713-8584 Teléfono: 570-374-8126 LIHEAP: 570-372-1721 FAX: 570-374-6347 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>SOMERSET</b>	Somerset County Assistance Office 164 Staybrook Street Somerset, PA 15501	Número Gratuito: 1-800-248-1607 Teléfono: 814-443-3681 LIHEAP 814-443-3683 FAX: 814-445-4352 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7 A.M. a 5 P.M.
<b>SULLIVAN</b>	Sullivan County Assistance Office 918 Main Street, Suite 2 P.O. Box 355 Laporte, PA 18626-0355	Número Gratuito: 1-877-265-1681 Teléfono: 570-946-7174 LIHEAP 570-946-7174 FAX: 570-946-7189 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>SUSQUEHANNA</b>	Susquehanna County Assistance Office P.O. Box 128 Montrose, PA 18801-0128	Número Gratuito: 1-888-753-6328 Teléfono: 570-278-3891 LIHEAP: 1-866-410-2093 FAX: 570-278-9508 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>TIOGA</b>	Tioga County Assistance Office 11809 Route 6 Wellsboro, PA 16901-6764	Número Gratuito: 1-800-525-6842 Teléfono: 570-724-4051 LIHEAP 570-724-4051 FAX: 570-724-5612 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>UNION</b>	Union County Assistance Office Suite 300 1610 Industrial Boulevard Lewisburg, PA 17837-1292	Número Gratuito: 1-877-628-2003 Teléfono: 570-524-2201 LIHEAP 570-522-5274 FAX: 570-524-2361 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>VENANGO</b>	Venango County Assistance Office 530 13th Street Franklin, PA 16323-0391	Línea gratuita: 1-877-409-2421 Teléfono: 814-437-4341/4342 LIHEAP 814-437-4354 FAX: 814-437-4441 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

<b>CONDADO</b>	<b>DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE ASISTENCIA</b>	<b>NÚMEROS DE TELÉFONO/FAX</b>
<b>WARREN</b>	Warren County Assistance Office 210 North Drive, Suite A N. Warren, PA 16365	Número Gratuito: 1-800-403-4043 Teléfono: 814-723-6330 LIHEAP 814-726-2540 FAX: 814-726-1565 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.
<b>WASHINGTON</b>	Washington County Assistance Office 167 North Main Street Washington, PA 15301-4354	Número Gratuito: 1-800-835-9720 Teléfono: 724-223-4300 LIHEAP 724-223-5246 FAX: 724-223-4675 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>WASHINGTON</b>	Valley District 595 Galiffa Drive P.O. Box 592 Donora, PA 15033-0592	Número Gratuito: 1-800-392-6932 Teléfono: 724-379-1500 LIHEAP 724-379-1549 FAX: 724-379-1572 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7:30 A.M. a 5 P.M.
<b>WAYNE</b>	Wayne County Assistance Office 107 8th Street, 2nd Floor P.O. Box 229 Honesdale, PA 18431-0229	Número Gratuito: 1-877-879-5267 Teléfono: 570-253-7100 LIHEAP 570-253-7118 FAX: 570-253-7374 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8:30 A.M. a 5 P.M.
<b>WESTMORELAND</b>	Westmoreland County Assistance Office - Main Office 587 Sells Lane Greensburg, PA 15601-4493	Número Gratuito: 1-800-905-5413 LIHEAP 724-832-5524 FAX: 724-832-5202 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7 A.M. a 5 P.M.
<b>WESTMORELAND</b>	Donora/Valley District 595 Galiffa Drive P.O. Box 592 Donora, PA 15033-0592	Número Gratuito: 1-800-238-9094 Teléfono: 724-379-1500 LIHEAP 724-832-5524 FAX: 724-379-1572 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7 A.M. a 5 P.M.
<b>WESTMORELAND</b>	Alle-Kiski District 909 Industrial Boulevard New Kensington, PA 15068-0132	Número Gratuito: 1-800-622-3527 Teléfono: 724-339-6800 LIHEAP 724-832-5524 FAX: 724-339-6850 HORARIO DE ATENCIÓN: de 7 A.M. a 5 P.M.
<b>WYOMING</b>	Wyoming County Assistance Office 608 Hunter Highway, Suite 6 P.O. Box 490 Tunkhannock, PA 18657-0490	Número Gratuito: 1-877-699-3312 Teléfono: 570-836-5171 LIHEAP: 570-836-5171 FAX: 570-996-4141 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

CONDADO	DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE ASISTENCIA	NÚMEROS DE TELÉFONO/FAX
YORK	York County Assistance Office 130 N. Duke Street P.O. Box 15041 York, PA 17405-7041	Teléfono: 717-771-1100 Número Gratuito: 800-991-0929 LIHEAP: 1-800-991-0929 FAX: 717-771-1261 HORARIO DE ATENCIÓN: de 8 A.M. a 5 P.M.

Si necesita atención o apoyo para la salud mental, puede obtener más información sobre los servicios de PA en Salud Mental en PA  
<https://www.dhs.pa.gov/Services/Mental-Health-In-PA/Pages/default.aspx>

**Wellcare Dual Access** es nuestro plan de Medicare Advantage para aquellos que reúnen los requisitos para un special needs plan doble elegible de Medicare (**D-SNP**). **Wellcare Dual Access** está disponible para los Participantes que tienen Medicare además de su plan Community HealthChoices. En el caso de los Participantes que se convierten en nuevos elegibles para Medicare, usted se inscribirá automáticamente con **Wellcare Dual Access** a menos que decida no participar en la inscripción automática y elija un plan de Medicare diferente. Si actualmente no es miembro de **WellCare Dual Access** y desea obtener más información, visite **Wellcare.PAHealthWellness.com**.

### Servicios de Comunicación

**PA Health & Wellness** puede proporcionarle este Manual y otra información que necesite en otros idiomas aparte del inglés sin costo alguno para usted. **PA Health & Wellness** también puede proporcionarle su Manual y otra información que necesite y sea importante para obtener o entender sus beneficios y servicios en otros formatos, como disco compacto, Braille, letra grande, DVD, comunicación electrónica, y de otro tipo si los necesita, sin costo alguno. Comuníquese con Servicios para Participantes al **1-844-626-6813** o **TTY 711** para solicitar cualquier tipo de ayuda que necesite. El plazo para recibir los documentos varía en función del tipo de documento y del formato solicitado.

**PA Health & Wellness** también proporcionará un intérprete, incluido servicios de Lenguaje de Señas Americano o TTY, si usted no habla o entiende inglés, es sordo o tiene problemas de audición. Estos servicios se proporcionan sin costo alguno para usted. Si necesita un intérprete, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626-6813** **TTY 711** y Servicios para Participantes lo contactará con el servicio de interpretación que satisfaga sus necesidades. Para servicios TTY, llame a nuestro número especializado al **711**. Si se comunica mediante Lengua de Señas Americana y usa un videoteléfono, puede llamar al teléfono general de **PA Health & Wellness** al **1-844-626-6813**.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Si su PCP u otro proveedor no puede proporcionarle un intérprete para su cita, **PA Health & Wellness** le proporcionará uno. Comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813 o TTY 711** si necesita un intérprete para una cita.

### Programa Vida Independiente para Ancianos (LIFE)

Si usted tiene por lo menos 55 años de edad, puede inscribirse en el programa LIFE en lugar de hacerlo en Community HealthChoices. El programa LIFE cubre los servicios médicos, medicamentos recetados, salud conductual, transporte, apoyo para personas mayores de 55 años y que cumplen con los requisitos relacionados con el condado donde vive, la cantidad de atención y el tipo de apoyo financiero que necesita. Para obtener más información sobre el programa LIFE comuníquese con un especialista en Inscripción llamando al 1-877-550-4227.

### Inscripción

Para obtener servicios en Community HealthChoices, usted necesita seguir siendo elegible para la Asistencia Médica. Recibirá documentación o una llamada telefónica para renovar su elegibilidad. Es importante que siga las instrucciones para que no finalice su Asistencia Médica. Si tiene preguntas sobre cualquier documentación que reciba o si no está seguro de si su elegibilidad para Asistencia Médica está actualizada, comuníquese con Servicios para Participantes de **PA Health & Wellness** llamando al **1-844-626-6813 o TTY 711** o a su CAO.

### Servicios de Inscripción

El Programa de Asistencia Médica trabaja con Especialistas en Inscripción en el Corredor de Inscripción Independiente (IEB) para ayudarle a inscribirse en Community HealthChoices. Usted recibió información sobre los Especialistas en Inscripción con la información sobre la selección de un plan Community HealthChoices cuando se convirtió en elegible para Community HealthChoices. Los Especialistas en Inscripción pueden darle información sobre todos los planes Community HealthChoices disponibles en su área y ayudarle si desea cambiar su plan Community HealthChoices, si se muda a otro condado o si desea pasar del Community HealthChoices al programa LIFE.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Los especialistas en inscripción pueden ayudarle con lo siguiente:

- Elija un plan de Community HealthChoices
- Cambio de su plan Community HealthChoices
- Elección de un PCP cuando se inscriba por primera vez en un plan Community HealthChoices
- Respuestas a las preguntas sobre todos los planes Community HealthChoices
- Determinación de necesidades especiales, lo que podría ayudarle a decidir qué Community HealthChoices planea escoger
- Más información sobre su plan Community HealthChoices

Para comunicarse con los Especialistas en Inscripción, llame al 1-844-824-3655 o TTY 711.

### Cambio de su Plan Community HealthChoices

Si usted es nuevo en Community HealthChoices la información que se le envió acerca de los planes Community HealthChoices en su área incluyó cómo comunicarse con los Especialistas de Inscripción para escoger un plan Community HealthChoices y un PCP. Si usted no escogió, se le eligió un plan Community HealthChoices para usted.

Puede cambiar su plan Community HealthChoices en cualquier momento y por cualquier motivo. Para cambiar su plan Community HealthChoices, comuníquese con un Especialista en Inscripción llamando al 1-844-824-3655 o (TTY: 711). Ellos le informarán cuándo comenzará el cambio a su nuevo plan Community HealthChoices y usted permanecerá en **PA Health & Wellness** hasta entonces. Puede llevar hasta 6 semanas para que entre en vigor un cambio en su plan Community HealthChoices. Utilice su tarjeta de ID de **PA Health & Wellness** en sus citas hasta que comience su nuevo plan.

### Cambios en el Hogar

Comuníquese con su CAO y con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626-6813** o **TTY 711** si hay algún cambio en su hogar.

Por ejemplo:

- Alguien en su hogar está embarazada o tiene un bebé
- Cambia su dirección o número de teléfono
- Usted o un miembro de su familia que vive con usted recibe otro seguro médico
- Usted o un miembro de la familia que vive con usted se enferma de gravedad o se incapacita
- Un miembro de la familia entra o sale de su hogar
- Hay una muerte en la familia

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Recuerde que es importante llamar a su CAO de inmediato si tiene algún cambio en su hogar porque esto podría afectar sus beneficios.

### ¿Qué Sucede si me Mudo?

Si se muda, comuníquese con su CAO. Si se muda fuera del estado, ya no podrá obtener servicios a través de Community HealthChoices. Su trabajador social terminará sus beneficios en Pennsylvania. Tendrá que solicitar beneficios en su nuevo estado.

### Pérdida de Beneficios

Hay algunas razones por las que puede perder sus beneficios.

Por ejemplo:

- Su Asistencia Médica termina por cualquier motivo. Si usted es elegible para Asistencia Médica nuevamente dentro de los 6 meses, se le reinscribirá en el mismo plan Community HealthChoices a menos que elija un plan Community HealthChoices diferente.
- Asiste a un hogar de ancianos fuera de Pennsylvania.
- Ha cometido fraude de Asistencia Médica y ha terminado todas las apelaciones.
- Asiste a un hospital estatal de salud mental por más de 30 días consecutivos.
- Va a prisión.

### Información sobre Proveedores

El directorio de proveedores de **PA Health & Wellness** tiene información sobre los proveedores en la red de **PA Health & Wellness**. El directorio de proveedores se encuentra en línea aquí: <http://providersearch.PAHealthWellness.com>. Puede comunicarse con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626-6813** o **TTY 711** para solicitar que le envíen una copia del directorio de proveedores o pedir información sobre la escuela a la que asistió un médico o su programa de residencia. También puede llamar a Servicios para Participantes a fin de obtener ayuda para encontrar un proveedor. El directorio de proveedores incluye la siguiente información sobre los proveedores de red:

- Nombre, domicilio, dirección del sitio web, dirección de correo electrónico, número de teléfono
- Si el proveedor acepta o no nuevos pacientes

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

- Días y horario de atención
- Las credenciales del proveedor y las certificaciones de la junta
- La especialidad del proveedor y los servicios ofrecidos por el proveedor
- Si el proveedor habla o no idiomas distintos del inglés y, en caso afirmativo, cuáles son
- Si las ubicaciones del proveedor son accesibles para silla de ruedas o no

La información del directorio del proveedor impreso puede cambiar. Puede llamar a Servicios a Participantes y comprobar si la información del directorio de proveedores es actual. El directorio en línea se actualiza al menos una vez al mes. También puede solicitar una copia impresa del directorio de proveedores.

### Elección de su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)

Su PCP es el médico o grupo de médicos que proporciona atención y trabaja con sus otros proveedores del cuidado de la salud para asegurarse de que usted reciba los servicios de cuidado de la salud que necesita. Su PCP lo remite a los especialistas que usted necesita y realiza un seguimiento de la atención que recibe de todos sus proveedores.

Un PCP puede ser un médico de familia, de práctica general, un pediatra o un internista (médico de medicina interna). También puede elegir a un enfermero profesional certificado (CRNP) como PCP. Un CRNP trabaja bajo la dirección de un médico y puede hacer muchas de las mismas cosas que un él hace, como prescribir medicamentos y diagnosticar enfermedades.

Algunos médicos tienen otros profesionales médicos que pueden atenderlo y proporcionarle atención y tratamiento bajo la supervisión de su PCP.

Algunos de estos profesionales médicos pueden ser los siguientes:

- Asistentes Médicos
- Residentes Médicos
- Enfermeras-Parteras Certificadas

Si tiene Medicare, puede permanecer con el PCP que tiene ahora incluso si su PCP no está en la red de **PA Health & Wellness**. Si no tiene Medicare, su PCP debe estar en la red de **PA Health & Wellness**.

Si tiene necesidades especiales, puede pedir que un especialista sea su PCP. El especialista necesita estar de acuerdo en ser su PCP y debe estar en la red de **PA Health & Wellness**.



## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Los especialistas en inscripción pueden ayudarle a elegir su primer PCP con **PA Health & Wellness**. Si no elige un PCP mediante los Especialistas en Inscripción dentro de los 14 días siguientes a haber elegido **PA Health & Wellness**, nosotros elegiremos un PCP para usted.

Algunos de estos profesionales médicos pueden ser los siguientes:

- Asistentes Médicos
- Residentes Médicos
- Enfermeras-Parteras Certificadas

Si tiene Medicare, puede permanecer con el PCP que tiene ahora incluso si su PCP no está en la red de **PA Health & Wellness**. Si no tiene Medicare, su PCP debe estar en la red de **PA Health & Wellness**.

Si tiene necesidades especiales, puede pedir que un especialista sea su PCP. El especialista necesita estar de acuerdo en ser su PCP y debe estar en la red de **PA Health & Wellness**.

Los especialistas en inscripción pueden ayudarle a elegir su primer PCP con **PA Health & Wellness**. Si no elige un PCP mediante los Especialistas en Inscripción dentro de los 14 días siguientes a haber elegido **PA Health & Wellness**, nosotros elegiremos un PCP para usted.

### Cómo Cambiar su PCP

Si desea cambiar de PCP por cualquier motivo, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813** o **TTY 711** para solicitar un nuevo PCP. Si necesita ayuda para encontrar un nuevo PCP, puede dirigirse a **PAHealthWellness.com**, que incluye un directorio de proveedores, o comunicarse con Servicios para Participantes para que le envíen un directorio de proveedores impreso.

**PA Health & Wellness** le enviará una nueva tarjeta de ID con el nombre y número de teléfono del nuevo PCP. El representante de Servicios para Participantes le dirá cuándo puede empezar a ver a su nuevo PCP.

Cuando cambia de PCP, **PA Health & Wellness** puede ayudar a coordinar el envío de su historia clínica de su antiguo PCP al nuevo. En caso de emergencia, **PA Health & Wellness** lo ayudará a transferir su historia clínica lo antes posible.

Si tiene un pediatra o especialista pediátrico como PCP, puede pedir ayuda para cambiar a un PCP que proporcione servicios para adultos.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Si tiene Medicare, debe comunicarse con su plan de Medicare para cambiar de PCP.

### Visitas al Consultorio

#### Cómo Concertar una Cita con su PCP

Para hacer una cita con su PCP, llame a la oficina de su PCP. Si necesita ayuda para concertar una cita, comuníquese con Servicios para Participantes de **PA Health & Wellness** llamando al **1-844-626-6813 o TTY 711**.

Si necesita ayuda para llegar a la cita con su médico, consulte la sección del Programa de Transporte de Asistencia Médica (MATP) en la página **13** de este Manual o comuníquese con Servicios para Participantes de **PA Health & Wellness** llamando al teléfono que aparece arriba.

Si no tiene su tarjeta de ID de **PA Health & Wellness** para el momento de su cita, lleve su tarjeta ACCESS o EBT. También debe decirle a su PCP que ha seleccionado **PA Health & Wellness** como su plan Community HealthChoices. Si tiene Medicare, también dígame a su PCP quién le proporciona su cobertura de Medicare.

#### Estándares de la Cita

Los proveedores de **PA Health & Wellness** deben cumplir con los siguientes estándares para citas:

- Su PCP debe verlo dentro de los 10 días hábiles a partir de cuando llame para una cita de rutina.
- No debería esperar más de 30 minutos, a menos que su médico tenga una emergencia.
- Si usted tiene una afección médica urgente, su proveedor de cuidado de la salud debe verlo dentro de las 24 horas siguientes a la fecha en que usted llama para una cita.
- Si tiene una emergencia, el proveedor debe verlo inmediatamente o derivarlo a una sala de emergencias.
- Si está embarazada y
  - En su primer trimestre, su proveedor debe verla dentro de los 10 días hábiles siguientes a que **PA Health & Wellness** se entera de que está embarazada.
  - En su segundo trimestre, su proveedor debe verla dentro de los 5 días siguientes a que **PA Health & Wellness** se entera de que está embarazada.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

- En su tercer trimestre, su proveedor debe verla dentro de los 4 días siguientes a que **PA Health & Wellness** se entera de que está embarazada.
- Si tiene un embarazo de riesgo, su proveedor debe verla dentro de las 24 horas siguientes a que **PA Health & Wellness** se entera de que está embarazada.

### Remisiones

Una remisión significa que su PCP lo envía a un especialista. Un especialista es un médico (o un grupo de médicos) o un CRNP que centra su práctica en el tratamiento de una enfermedad o afección médica, o una parte específica del cuerpo. Si acude a un especialista sin una remisión de su PCP, es posible que tenga que pagar la factura.

Si **PA Health & Wellness** no tiene al menos 2 especialistas en su área y no desea ver al especialista que hay para su área, **PA Health & Wellness** trabajará con usted para que pueda ver a un especialista fuera de la red sin costo alguno. Su PCP debe comunicarse con **PA Health & Wellness** para que **PA Health & Wellness** sepa que usted desea ver a un especialista fuera de la red y obtener la aprobación de **PA Health & Wellness** antes de ver al especialista.

Su PCP lo ayudará a concertar la cita con el especialista. El PCP y el especialista trabajarán con usted y entre ellos para asegurarse de que reciba el cuidado de la salud que necesita.

A veces, usted podría tener una condición médica especial por la que necesite ver al especialista con frecuencia. Cuando su PCP lo remite para varias visitas a un especialista, esto se denomina remisión permanente.

Para ver una lista de especialistas en la red de **PA Health & Wellness** consulte el directorio de proveedores en nuestro sitio web <http://providersearch.PAHealthWellness.com> o llame a Servicios para Participantes para pedir ayuda o un directorio impreso de proveedores.

### Autoderivaciones

Las autoderivaciones son servicios que organiza para usted mismo y no requiere que su PCP los coordine para recibir el servicio. Debe utilizar un proveedor de la red de **PA Health & Wellness** a menos que **PA Health & Wellness** apruebe un proveedor fuera de la red o si se indica a continuación.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Los siguientes servicios no requieren una derivación de su PCP:

- Consultas prenatales
- Cuidados obstétricos (OB) de rutina
- Cuidados ginecológicos (GYN) de rutina
- Servicios de planificación familiar de rutina (puede consultar a un proveedor fuera de la red sin aprobación)
- Servicios dentales de rutina
- Exámenes oculares de rutina
- Servicios de emergencia

No necesita una remisión de su PCP para recibir servicios de salud conductual. Puede llamar a su organización de atención administrada de salud conductual para obtener más información. Consulte la sección 7 del manual, en la página **96** para más información.

### Cuidado Fuera del Horario de Atención

Puede llamar a su PCP en caso de problemas médicos sin carácter de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los profesionales de cuidado de la salud de guardia le ayudarán con cualquier cuidado y tratamiento que necesite.

**PA Health & Wellness** tiene una línea telefónica gratuita de servicio de enfermería con la que puede comunicarse llamando al **1-844-626-6813** o **TTY 711**, a la que también puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Un enfermero hablará con usted sobre sus asuntos de salud urgentes. Esta línea no es para necesidades de emergencia. Si tiene una emergencia, debe visitar el departamento de emergencias más cercano, llamar al 911, o al servicio local de ambulancia.

### Coordinación de Servicios

Si recibe LTSS y necesita más servicios o diferentes, un coordinador de servicios lo ayudará con ellos y se asegurará de que tenga los que necesita. Su coordinador de servicios se comunicará con usted después de que comience su cobertura con **PA Health & Wellness**. También puede ponerse en contacto con Servicios para Participantes si necesita hablar con su coordinador de servicios. Consulte la página **80** para obtener más información sobre LTSS.

## Compromiso de los Participantes

### Sugerencias de Cambios a Políticas y Servicios

**PA Health & Wellness** desea saber su opinión sobre cómo podemos mejorar su experiencia con Community HealthChoices. Si tiene sugerencias sobre cómo mejorar el programa o prestar los servicios de manera diferente, comuníquese con **Servicios para Participantes al 1-844-626-6813 o TTY 711.**

### Comité Asesor para Participantes de PA Health & Wellness

**PA Health & Wellness** tiene un Comité Asesor para Participantes (PAC) que incluye participantes, proveedores de la red y trabajadores de atención directa. El PAC le brinda asesoramiento a **PA Health & Wellness** sobre las experiencias y necesidades de participantes como usted. Se reúne en persona al menos cada 3 meses. Para obtener más información sobre el PAC, comuníquese con **Servicios para Participantes llamando al 1-844-626-6813 o TTY 711** o visite nuestro sitio web **PAHealthWellness.com.**

### Programa de Mejora de la Calidad de PA Health & Wellness

El Programa de Mejora de la Calidad (QI) constituye una parte importante de PA Health & Wellness. El programa crea planes, los implementa y mide los esfuerzos para mejorar su salud y seguridad.

El Programa QI supervisa la calidad de la atención y los servicios prestados en las siguientes áreas:

- Garantía de que los participantes reciban la atención que necesitan, cuando y donde la necesiten
- Garantía de que los participantes reciban atención de calidad
- Necesidades culturales de nuestros participantes
- Satisfacción de los participantes
- Seguridad y privacidad del paciente
- Oferta de una amplia variedad de especialidades de proveedores
- Servicios de planes de salud que utilicen los participantes

El objetivo del programa QI es mejorar la salud, seguridad y satisfacción de los participantes. Esto se logra a través de numerosas actividades diferentes. Algunos de nuestros objetivos de Mejora de la Calidad son los siguientes:

- Buena salud y calidad de vida para todos los miembros.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

- Atención provista por los proveedores de **PA Health & Wellness** dentro de los estándares de atención aceptados por la industria.
- Cumplimiento de los estándares de desempeño aceptados por la industria para los servicios para Participantes.
- Posibilidad de brindarle a los participantes recordatorios de Cuidado Preventivo anualmente.
- Cumplimiento de las expectativas de PA Health & Wellness para la experiencia de los participantes.
- Cumplimiento de todas las leyes y normativas estatales y federales
- Evaluación de la calidad de la atención médica observando ciertas medidas de desempeño.
- Cumplimiento de los objetivos de PA Health & Wellness para la satisfacción de los participantes.

Para preguntas sobre el Programa QI y nuestro progreso en el cumplimiento de los objetivos, llame a Servicios para Participantes al 1-844-626-6813 o TTY 711.

El Programa QI también revisa los servicios proporcionados a nuestros participantes. Contamos con guías de práctica clínica para ciertas afecciones. Si desea una copia de estas pautas o necesita más información sobre programas, llámenos al **1-844-626-6813** o **TTY 711**.

La información y/o una copia completa de la Descripción del Programa QI de **PA Health & Wellness** está disponible a petición si llama a Servicios para Participantes al **1-844-626-6813** o **TTY 711**.

También puede encontrar información más detallada en nuestro sitio web: [www.PAHealthWellness.com](http://www.PAHealthWellness.com).

## **Sección 2:**

# **Derechos y Responsabilidades**

## Derechos y Responsabilidades de los Participantes

**PA Health & Wellness** y su red de proveedores no discriminan a los Participantes por motivos de raza, sexo, religión, nacionalidad, discapacidad, edad, orientación sexual, identidad de género o cualquier otra base prohibida por la ley.

Como Participante de **PA Health & Wellness**, tiene los siguientes derechos y responsabilidades.

### Derechos del Participante

Usted tiene derecho a lo siguiente:

1. Ser tratado con respeto, con reconocimiento de su dignidad y necesidad de privacidad por parte del personal de **PA Health & Wellness** y proveedores de la red.
2. Obtener información que pueda comprender fácilmente y encontrar ayuda cuando la necesite.
3. Obtener información que pueda entender fácilmente sobre **PA Health & Wellness**, sus servicios, los médicos y otros proveedores que lo tratan.
4. Elegir los proveedores del cuidado de la salud de la red que desea que lo traten.
5. Obtener servicios de emergencia cuando los necesite de cualquier proveedor sin la aprobación de **PA Health & Wellness**.
6. Obtener información que pueda entender fácilmente y hablar con sus proveedores acerca de sus opciones, los riesgos del tratamiento y los exámenes que puedan autoadministrarse sin ninguna interferencia de **PA Health & Wellness**.
7. Tomar decisiones con respecto a su propio cuidado de la salud, incluido el derecho a rechazar el tratamiento. Si usted no puede tomar decisiones sobre el tratamiento por sí mismo, tiene derecho a que otra persona lo ayude a hacerlo o que tome decisiones por usted.
8. Hablar con los proveedores en confianza y mantener la confidencialidad de su información y registros de cuidado de la salud.
9. Ver y obtener una copia de sus expedientes médicos y solicitar cambios o correcciones en sus expedientes.
10. Solicitar una segunda opinión.



## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

11. Presentar una Queja si no está de acuerdo con la decisión de **PA Health & Wellness** respecto a que un servicio no es médicamente necesario para usted.
12. Presentar un Reclamo si no está satisfecho con la atención o el tratamiento que ha recibido.
13. Solicitar una Audiencia Imparcial del DHS.
14. Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento que se utilice para obligarlo a hacer algo, disciplinarlo, facilitarle al proveedor o castigarlo.
15. Obtener información sobre los servicios que **PA Health & Wellness** o un proveedor no cubre debido a objeciones morales o religiosas y sobre cómo obtener esos servicios.
16. Ejercer sus derechos sin afectar negativamente la forma en que lo tratan DHS, **PA Health & Wellness** y los proveedores de la red.
17. Formular instrucciones anticipadas. Consulte la sección 6 en la página **93** para obtener más información.
18. Hacer recomendaciones sobre los derechos y responsabilidades de los Participantes de **PA Health & Wellness**.

### Responsabilidades del Participante

Los Participantes deben trabajar con sus proveedores de cuidado de la salud y LTSS. **PA Health & Wellness** necesita su ayuda para obtener los servicios y apoyos que necesita.

Estas son las cosas que debe hacer:

1. Proporcionar, en la medida en que pueda, la información que necesitan sus proveedores.
2. Seguir las instrucciones y pautas dadas por sus proveedores.
3. Participar en las decisiones sobre su cuidado de la salud y tratamiento.
4. Trabajar con sus proveedores para crear y llevar a cabo sus planes de tratamiento.
5. Informarles a sus proveedores lo que usted quiere y necesita.
6. Obtener información sobre la cobertura de **PA Health & Wellness**, incluidos todos los beneficios y límites cubiertos y no cubiertos.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

7. Utilizar solamente proveedores de la red, a menos que **PA Health & Wellness** apruebe un proveedor fuera de la red o usted tenga Medicare.
8. Obtener una remisión de su PCP para consultar un especialista.
9. Respetar a otros pacientes, al personal del proveedor y a los trabajadores del proveedor.
10. Hacer un esfuerzo de buena fe para pagar sus copagos.
11. Denunciar fraude y abuso a la Línea Directa de Denuncia de Fraude y Abuso del DHS.

### Privacidad y Confidencialidad

**PA Health & Wellness** debe proteger la privacidad de su información médica protegida (PHI). **PA Health & Wellness** debe informarle cómo se puede utilizar o compartir con otros su PHI. Esto incluye compartir su PHI con los proveedores que lo tratan o para que **PA Health & Wellness** pueda pagarles a sus proveedores. También incluye compartir su PHI con el DHS. Esta información está incluida en la Notificación de Prácticas de Privacidad de **PA Health & Wellness**. Para obtener una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de **PA Health & Wellness**, llame al **1-844-626-6813** o **TTY 711** o visite **www.PAHealthWellness.com**.

### Copagos

Un copago es el importe que usted paga por algunos servicios cubiertos. Generalmente es solo una pequeña cantidad. Se le pedirá que pague su copago cuando reciba el servicio, pero no se le puede negar un servicio si no puede pagarlo en ese momento. Si usted no pagó su copago al momento del servicio, puede recibir una factura de su proveedor por él.

Los montos de copago se pueden encontrar en la tabla de Servicios Cubiertos que comienza en la página **45** de este Manual.

Los siguientes Participantes no tienen que pagar copagos:

- Mujeres embarazadas (incluido el período posparto)
- Participantes que viven en un centro de cuidados a largo plazo, incluidos los Centros de Cuidados Intermedios para Discapacitados Intelectuales y Otras Afecciones Relacionadas u otra institución médica
- Participantes que viven en un hogar de cuidados personales o domiciliarios

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

- Participantes elegibles para beneficios en virtud del Programa de Tratamiento y Prevención del Cáncer de Mama y Cervical
- Participantes que reciben cuidados paliativos

Los siguientes servicios no requieren copago:

- Servicios de emergencia
- Servicios de laboratorio
- Servicios de planificación familiar, incluidos suministros.
- Servicios de cuidados paliativos
- Servicios de atención médica a domicilio
- Servicios para dejar de fumar
- Exámenes y estudios de COVID y vacunación contra la COVID-19.

### ¿Qué Sucede si se me Cobra un Copago y No Estoy de Acuerdo?

Si cree que un proveedor le cobró la cantidad equivocada por un copago o un copago que usted cree que no debería haber tenido que pagar, puede presentar un Reclamo ante **PA Health & Wellness**. Consulte la Sección 8, Reclamos, Quejas y Audiencias Imparciales para obtener información sobre cómo presentar un Reclamo o comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813 o TTY 711**.

## Información de Facturación

Los proveedores de la red de **PA Health & Wellness** no pueden facturarle servicios médicamente necesarios que cubra **PA Health & Wellness**. Incluso si su proveedor no ha recibido el pago o la cantidad total de su cargo de **PA Health & Wellness**, el proveedor no puede facturarle. Esto se denomina facturación de saldo.

### ¿Cuándo me Puede Cobrar un Proveedor?

Los proveedores pueden facturarle en los siguientes casos:

- No ha pagado su copago.
- Recibió servicios de un proveedor fuera de la red sin la aprobación de **PA Health & Wellness** y el proveedor le informó antes de recibir el servicio que este no estaría cubierto y usted aceptó pagar por el servicio.
- Recibió servicios que no están cubiertos por **PA Health & Wellness** y el proveedor le informó antes de recibir el servicio que este no estaría cubierto y usted aceptó pagar por el servicio.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

- Recibió un servicio de un proveedor que no está inscrito en el Programa de Asistencia Médica.
- No obtuvo una remisión de su PCP u otro proveedor cuando se necesitó una y el proveedor le dijo antes de recibir el servicio que este no estaría cubierto y usted aceptó pagar por el servicio.
- Su solicitud de una excepción de programa o una excepción de límite de beneficios fue denegada y el proveedor le notificó antes de recibir el servicio que usted podría tener que pagarlo.
- Obtuvo servicios cometiendo robo de identidad o usando la tarjeta de seguro médico de otra persona.

### ¿Qué Sucede si Recibo una Factura?

Si recibe una factura de un proveedor de la red de **PA Health & Wellness** y cree que el proveedor no debería haberle cobrado, puede comunicarse con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813 o TTY 711**. El equipo de servicio al cliente puede ayudarle a contactar al proveedor para determinar por qué recibió una factura.

Si recibe una factura de un proveedor por uno de los motivos anteriores por las que un proveedor puede facturarle, debe pagar la factura o llamar al proveedor.

### Responsabilidad de Terceros

Puede tener Medicare u otro seguro de salud. Medicare u otro seguro médico es su seguro principal. Este otro seguro se conoce como “responsabilidad de terceros” o TPL. Tener otro seguro no afecta su elegibilidad para la Asistencia Médica. En la mayoría de los casos, Medicare u otro seguro le pagará a su PCP o a otro proveedor antes de que le pague **PA Health & Wellness**. Se le puede facturar a **PA Health & Wellness** solo el monto que su seguro Medicare u otro seguro no pague.

Debe informarle a su CAO y a los Servicios para Participantes llamando al **1-844-626-6813 o TTY 711** si tiene Medicare u otro seguro. Cuando acuda a un proveedor o a una farmacia, debe informarles sobre todas las formas de seguro médico que tenga y mostrarles su tarjeta de Medicare o de otro seguro, ACCESS o EBT y su tarjeta de ID de **PA Health & Wellness**. Esto ayuda a asegurarse de que sus facturas de cuidado de la salud se paguen a tiempo y correctamente.

### Coordinación de Beneficios

Si tiene Medicare y cubre el servicio u otro tipo de cuidado que necesita, puede obtener atención de cualquier proveedor de Medicare de la red de su plan. No es necesario que

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

el proveedor pertenezca a la red de **PA Health & Wellness** o esté inscrito en Medicaid. Tampoco tiene que obtener autorización previa de **PA Health & Wellness** o derivaciones de su PCP de Medicare para ver a un especialista. **PA Health & Wellness** trabajará con Medicare para decidir si necesita pagarle al proveedor después de que Medicare pague primero.

Si necesita un servicio que no está cubierto por Medicare, pero está cubierto por **PA Health & Wellness**, debe obtener el servicio de un proveedor de la red de **PA Health & Wellness**. Todas las reglas de **PA Health & Wellness**, como la autorización previa y la remisión del especialista, aplican para estos servicios.

Si no tiene Medicare pero tiene otro seguro de salud y necesita un servicio u otro tipo de atención que esté cubierto por su otro seguro, debe obtener el servicio de un proveedor que esté tanto en la red de su otro seguro como en la de **PA Health & Wellness**. Es necesario que siga las reglas de su otro seguro y de **PA Health & Wellness**, como la autorización previa y la remisión del especialista. **PA Health & Wellness** trabajará con su otro seguro para decidir si necesita pagar por los servicios después de que su otro seguro pague primero al proveedor.

Si necesita un servicio que no está cubierto por su otro seguro, debe obtener los servicios de un proveedor de la red de **PA Health & Wellness**. Todas las reglas de **PA Health & Wellness**, como la autorización previa y la remisión del especialista, aplican para estos servicios.

### Programa de Restricción/Bloqueo de Destinatarios

El Recipient Restriction/Participant Lock-In Program requiere que un Participante utilice proveedores específicos si ha abusado de sus beneficios de atención médica o de medicamentos con receta o los utilizó en exceso. **PA Health & Wellness** trabaja con el DHS para decidir sobre la limitación de un Participante a un médico, farmacia, hospital, dentista u otro proveedor.

#### ¿Cómo Funciona?

**PA Health & Wellness** revisa la atención médica y los servicios de medicamentos con receta que ha utilizado. Si **PA Health & Wellness** encuentra un uso excesivo o abuso de los servicios de cuidado de la salud o recetas médicas, **PA Health & Wellness** le solicita al DHS que apruebe un límite para los proveedores que puede utilizar. Si el DHS lo aprueba, **PA Health & Wellness** le enviará una notificación por escrito explicándole el límite.

Puede elegir a los proveedores o **PA Health & Wellness** los escogerá por usted. Si desea un proveedor diferente al que eligió **PA Health & Wellness**, comuníquese con

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Servicios para Participantes llamando al **1-844-626-6813** o **TTY 711**. El límite durará 5 años, incluso si cambia los planes Community HealthChoices.

Si usted no está de acuerdo con la decisión de limitar a sus proveedores, puede apelar la decisión mediante una solicitud de Audiencia Imparcial del DHS, dentro de los 30 días de la fecha de la carta que le informaba acerca de la limitación de **PA Health & Wellness** a sus proveedores.

Debe firmar la solicitud **escrita** para una Audiencia Imparcial y enviarla a la siguiente dirección:

Department of Human Services  
Office of Administration  
Bureau of Program Integrity - DPPC  
Recipient Restriction Section  
P.O. Box 2675  
Harrisburg, Pennsylvania 17105-2675

Si necesita ayuda para solicitar una Audiencia Imparcial, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813** o **TTY 711** o comuníquese con su oficina de ayuda jurídica local.

Si su apelación tiene matasellos dentro de los 15 días de la fecha de la notificación de **PA Health & Wellness**, no se aplicarán los límites hasta que se decida su apelación. Si su apelación tiene matasellos de más de 15 días, pero dentro de los 30 días de la fecha de la notificación, los límites estarán en efecto hasta que se decida su apelación. La Oficina de Audiencias y Apelaciones le informará por escrito de la fecha, hora y lugar de su audiencia. No puede presentar una Queja o Reclamo mediante **PA Health & Wellness** sobre la decisión de limitar a sus proveedores.

Después de 5 años, **PA Health & Wellness** volverá a revisar sus servicios para decidir si se deben retirar los límites o continuar con ellos, y enviará los resultados de su revisión al DHS. **PA Health & Wellness** le informará los resultados de la revisión por escrito.

## Denuncia de Fraude y Abuso

### ¿Cómo Denuncio Fraude o Abuso de los Participantes?

Si cree que alguien está usando su tarjeta de **PA Health & Wellness** o la de otro Participante para recibir servicios, equipos o medicamentos, está falsificando o cambiando sus recetas o está recibiendo servicios que no necesita, puede comunicarse mediante la Línea Directa de Fraude y Abuso de **PA Health & Wellness** llamando al 1-

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

**844-626-6813** o **TTY 711** para brindarle esta información a **PA Health & Wellness**. También puede denunciar esta información a la Línea Directa de Denuncias de Fraude y Abuso del DHS al 1-844-DHS-TIPS (1-844-347-8477).

### ¿Cómo Denuncio Fraude o Abuso de Proveedores?

El fraude de proveedor ocurre cuando un proveedor factura por servicios, equipo o medicamentos que no recibió o por un servicio diferente al que recibió. La facturación por el mismo servicio más de una vez o el cambio de la fecha también son ejemplos de fraude del proveedor. Para denunciar el fraude de un proveedor, puede comunicarse mediante la Línea Directa de Fraude y Abuso de **PA Health & Wellness** llamando al **1-866-865-8664**. También puede denunciar esta información a la Línea Directa de Denuncias de Fraude y Abuso del DHS al 1-844-DHS-TIPS (1-844-347-8477).

# **Sección 3:**

## **Servicios de Salud Física**



## Administración del Cuidado

La Administración del Cuidado está disponible para todos los participantes. Un administrador de atención trabajará con usted, su PCP, todos sus otros proveedores y otros seguros de salud que tenga para asegurarse de que reciba todos los servicios que necesita. Un administrador de cuidados también puede ayudarle a conectar con otros programas locales y estatales o con su plan Medicare (si corresponde).

Su administrador de cuidados también lo ayudará cuando salga del hospital o de otro entorno médico a corto plazo para asegurarse de que reciba los servicios que necesita cuando llegue a casa. Estos servicios pueden incluir visitas de atención en el hogar o terapias. **PA Health & Wellness** desea que pueda volver a casa lo antes posible.

Si necesita ayuda con cualquier parte de su atención médica o servicios o para conectarse con otro programa local o estatal, comuníquese con su administrador de cuidados o con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626-6813** o **TTY 711**.

## Servicios Cubiertos

En la tabla a continuación, se enumeran los servicios que están cubiertos por **PA Health & Wellness** cuando los servicios son médicamente necesarios. Algunos de los servicios tienen límites o copagos, o requieren una remisión de su PCP o una autorización previa de **PA Health & Wellness**. Si necesita servicios más allá de los límites que se indican a continuación, su proveedor puede solicitar una excepción, como se explica más adelante en esta sección. Los límites no se aplican si está embarazada.

Si usted recibe Medicare, su plan de Medicare es su principal pagador para la mayoría de los servicios. Consulte su plan de Medicare para obtener información sobre los servicios cubiertos, los límites, los copagos y las autorizaciones/remisiones previas requeridas para la cobertura de Medicare.

Servicio	Fuera de la Red	Dentro de la Red
Proveedor de Cuidado Primario	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Sin Autorización Previa
Médico especialista	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

<b>Servicio</b>	<b>Fuera de la Red</b>	<b>Dentro de la Red</b>
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Sin Autorización Previa para el Especialista Dentro de la Red
Profesional de Enfermería Registrado Certificado	Límite	Sin Límites
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Sin Autorización Previa
Centro de Salud Federal Calificado/Centro de Salud Rural	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Sin Autorización Previa
Clínica No Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Visitas a la Clínica Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Servicios de Podología	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Servicios de Quiropráctico	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Servicios de Optometrista	Límite	Se Pueden Aplicar Límites
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Cuidados de Atención para Pacientes Terminales	Límite	Se pueden aplicar límites
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

<b>Servicio</b>	<b>Fuera de la Red</b>	<b>Dentro de la Red</b>
Servicios de Cuidados Dentales	Límite	Se pueden aplicar límites
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Radiología (p. ej., Rayos X, MRI, CT)	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Unidad de Procedimientos Cortos de Hospital para Pacientes Ambulatorios	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Centro Quirúrgico para Pacientes Ambulatorios	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Transporte Médico Sin Carácter de Emergencia	Límite	Se pueden aplicar límites
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Servicios de planificación familiar	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Se puede aplicar la Autorización Previa para algunos Servicios de Planificación Familiar
Diálisis renal	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Servicios de Emergencia	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	No se necesita Autorización Previa ni derivación
	Límite	Sin Límite

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

<b>Servicio</b>	<b>Fuera de la Red</b>	<b>Dentro de la Red</b>
Servicios de Atención de Urgencia	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Servicios de Ambulancia	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa (p. ej., para la Ambulancia Aérea)
Internaciones	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Hospital de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Cuidado de Maternidad	Límite	Sin límite
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Medicamentos con Receta	Límite	Sin Límite
	Copago	Sin copago para medicamentos genéricos con receta  \$3 de copago por medicamentos recetados de marca
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una autorización previa
Suplementos Nutricionales Enterales/Parenterales	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

<b>Servicio</b>	<b>Fuera de la Red</b>	<b>Dentro de la Red</b>
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Servicios en Centro de Enfermería	Límite	Se pueden aplicar límites
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Cuidado de la Salud en el Hogar, incluidos los Servicios de Enfermería, Asistencia y Terapia	Límite	Se pueden aplicar límites
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Equipo médico duradero	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Prótesis y aparatos ortopédicos	Límite	Se pueden aplicar límites
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Lentes para Anteojos	Límite	Se pueden aplicar límites
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Marcos para Anteojos	Límite	Se pueden aplicar límites
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Lentes de Contacto	Límite	Anual
	Copago	Se pueden aplicar límites
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Suministros médicos	Límite	Sin Límite
	Copago	\$0

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Servicio	Fuera de la Red	Dentro de la Red
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Terapias (Física, Ocupacional, del Habla)	Límite	Se pueden aplicar límites
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Laboratory	Límite	Sin Límites
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa
Servicios para Dejar de Fumar	Límite	Se pueden aplicar límites
	Copago	\$0
	Autorización Previa / Remisión del Médico	Para algunos servicios, se requiere una Autorización Previa

### Servicios que No Están Cubiertos

Hay servicios de salud física que no cubre **PA Health & Wellness**. Si tiene alguna pregunta sobre si **PA Health & Wellness** cubre algún servicio que necesite, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626-6813** o TTY 711.

Es posible que las MCO no cubran procedimientos médicos experimentales, medicamentos y equipos.

### Segundas Opiniones

Usted tiene el derecho de pedir una segunda opinión si no está seguro de cualquier tratamiento médico, servicio o cirugía que no sea de emergencia que se le sugiera. Una segunda opinión puede brindarle más información que lo ayudará a tomar decisiones importantes sobre su tratamiento. Puede solicitar una segunda opinión sin costo alguno más que un copago.

Llame a su PCP para pedir el nombre de otro proveedor de la red de **PA Health & Wellness** para tener una segunda opinión. Si no hay ningún otro proveedor dentro de

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

la red de **PA Health & Wellness**, puede solicitar la aprobación de **PA Health & Wellness** para obtener una segunda opinión de un proveedor fuera de la red.

### ¿Qué es la Autorización Previa?

Algunos servicios o artículos necesitan la aprobación de **PA Health & Wellness** antes de que pueda obtener el servicio. Esto se denomina Autorización Previa. Para servicios que necesitan una autorización previa, **PA Health & Wellness** decide si un servicio solicitado es médicamente necesario antes de que usted reciba dicho servicio. Usted o nuestro proveedor debe solicitar la aprobación de **PA Health & Wellness** antes de obtener el servicio.

### ¿Qué Significa Médicamente Necesario?

Médicamente necesario significa que un servicio, artículo o medicamento realiza una de las siguientes acciones:

- Se encargará de prevenir una enfermedad, condición o discapacidad, o se espera razonablemente que lo haga;
- Reducirá o mejorará los efectos físicos, mentales o de desarrollo de una enfermedad, condición, lesión o discapacidad, o se espera razonablemente que lo haga;
- Lo ayudará a conseguir o mantener la capacidad de realizar tareas diarias, teniendo en cuenta tanto sus habilidades como las de alguien de la misma edad.
- Si recibe LTSS, le proporcionará los beneficios de vivir en comunidad, la oportunidad de cumplir sus metas y de poder vivir y trabajar donde quiera.

Si necesita ayuda para entender cuándo un servicio, artículo o medicamento es médicamente necesario, o si desea obtener más información, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813 o TTY 711**.

### Cómo Solicitar Autorización Previa

Comuníquese con su PCP o Coordinador de Servicios para solicitar una Autorización Previa sobre el servicio solicitado.

Si necesita ayuda para entender mejor el proceso de autorización previa, hable con su PCP o especialista o comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813 o TTY 711**.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Si usted o su proveedor desean una copia de las pautas de necesidad médica u otras reglas utilizadas para decidir su solicitud de autorización previa, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626-6813** o **TTY 711**.

### ¿Qué Servicios, Artículos o Medicamentos Necesitan Autorización Previa?

En la siguiente tabla se identifican algunos, pero no todos los servicios, artículos y medicamentos que requieren autorización previa.

<b>Servicios que requieren Autorización Previa</b>
ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA ORAL EN EL ENTORNO DE LA CONSULTA
TÉCNICAS ABLATIVAS PARA EL TRATAMIENTO DEL ESÓFAGO DE BARRETT'S Y LAS NEOPLASIAS MALIGNAS HEPÁTICAS PRIMARIAS Y METASTÁSICAS DE TX
SERVICIO DE VIDA DIARIA PARA ADULTOS
TODOS LOS MÉDICOS FUERA DE LA RED (EXCEPTO LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA)
SERVICIOS DE ANESTESIA
CIRUGÍA BARIÁTRICA
ASESORAMIENTO DE BENEFICIOS
FÁRMACOS BIOFARMACÉUTICOS
BLEFAROPLASTIA
CÁPSULA ENDOSCÓPICA
EVALUACIÓN PROFESIONAL
SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS
ENSAYOS CLÍNICOS
DISPOSITIVOS DE IMPLANTE COCLEAR
INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD
SVCS DE TRANSICIONES A LA COMUNIDAD
PROCEDIMIENTOS COSMÉTICOS O PROCEDIMIENTOS POTENCIALMENTE COSMÉTICOS
ANESTESIA DENTAL
DIÁLISIS
DME: SIN AUTORIZACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA
DME, ORTOPEDIA Y PROTÉSICA



## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

SISTEMA DE RESPUESTA A EMERGENCIAS E INSTALACIÓN
TRANSPORTE NO EMERGENTE Y AMBULANCIA EMERGENTE
DESARROLLO DE HABILIDADES DE EMPLEO
INYECCIONES DE EPOGEN PARA ESRD (LA DIÁLISIS NO REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA LOS PROVEEDORES DE PAR)
PROCEDIMIENTOS O SERVICIOS DE INVESTIGACIÓN
PLANIFICACIÓN FAMILIAR
SERVICIOS DE GESTIÓN FINANCIERA
SERVICIOS DE AMBULANCIA AÉREA DE ALA FIJA
PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE GÉNERO
PRUEBA GENÉTICA
AUDÍFONOS
COMIDAS CON ENTREGA A DOMICILIO
LACTANCIA EN EL HOGAR
TERAPIA DE INFUSIÓN EN EL HOGAR
MODIFICACIONES EN EL HOGAR
SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS
TRATAMIENTO CON OXÍGENO HIPERBÁRICO
TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS
SERVICIOS PROFESIONALES PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS
INFERTILIDAD
GESTIÓN DEL DOLOR POR INTERVENCIÓN
CIRUGÍA DE REEMPLAZO DE ARTICULACIONES
SERVICIOS DE LABORATORIO, QUÍMICA Y PATOLOGÍA
SE REQUIERE AUTORIZACIÓN DE SVCS DE LABORATORIO, QUÍMICA Y PATOLOGÍA PARA LABORATORIOS INDEPENDIENTES NO PARTICIPANTES
CIRUGÍA DE REDUCCIÓN DEL VOLUMEN PULMONAR
MAMOPLASTIA
EXTRACTOR DE LECHE MANUAL Y ELÉCTRICO - NO REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPANTES PROVEEDORES

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

EXTRACTOR DE LECHE MANUAL Y ELÉCTRICO (FUERA DE LOS PROVEEDORES DE LA RED)
PROCEDIMIENTO DE LABERINTO - TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR
DME Y O&P VARIOS
ULTRASONIDO FOCALIZADO GUIADO POR RM (MRgFUS) PARA TRATAR EL FIBROMA UTERINO
PROCEDIMIENTO DE COLGAJO MUSCULAR
TRANSPORTE NO MÉDICO
RETENCIÓN DE CAMA EN EL CENTRO DE ENFERMERÍA
CUIDADO DE CUSTODIA EN EL CENTRO DE ENFERMERÍA
PERMISO TERAPÉUTICO EN EL CENTRO DE ENFERMERÍA
SERVICIOS DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PARA PACIENTES AGUDOS/CENTRO DE ENFERMERÍA
OBSERVACIÓN
OTOPLASTIA
INSTALACIONES FUERA DE LA RED (EXCEPTO LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA)
PANICULECTOMÍA Y LIPECTOMÍA
SERVICIOS DIRIGIDOS A LOS PARTICIPANTES
SERVICIOS DE PAS
CONTROL DE PLAGAS
ANÁLISIS CUANTITATIVO DE DROGAS EN ORINA EN TODAS LAS UBICACIONES EXCEPTO EN ATENCIÓN DE URGENCIAS, ER Y PACIENTES HOSPITALIZADOS
SERVICIOS DE RADIOLOGÍA
CAPACITACIÓN RESIDENCIAL
SERVICIOS DE RELEVO
PROCEDIMIENTOS DE RINOCERONTE/SEPTOPLASTIA
COORDINACIÓN DE SERVICIOS
ESTUDIOS DEL SUEÑO
ESTUDIOS DEL SUEÑO REALIZADOS EN UNA UBICACIÓN DOMÉSTICA

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

EQUIPOS Y SUMINISTROS MÉDICOS ESPECIALIZADOS
RADIOTERAPIA ESPECIALIZADA
CIRUGÍA DE LA COLUMNA VERTEBRAL
CAPACITACIÓN DE DÍA ESTRUCTURADA
EMPLEO CON APOYO
TELECARE Y TECNOLOGÍA ASISTENCIAL
SVCS TERAPÉUTICOS Y DE ASESORAMIENTO
AMIGDALECTOMÍA/ADENOIDECTOMÍA
EMBOLIZACIÓN TRANSCATÉTER DE LA ARTERIA UTERINA
COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE TRANSICIÓN
TRASPLANTES
ATENCIÓN DE URGENCIA Y SERVICIOS DE SALA DE EMERGENCIAS
UVULOPALATOFARINGOPLASTIA/UPP
VACUNAS Y ADMINISTRACIÓN
PROCEDIMIENTOS PARA VARICES
MODIFICACIONES VEHICULARES
VENTRICULECTOMÍA, CARDIOMIOPLASTIA

Para aquellos servicios que tienen límites, si usted o su proveedor cree que necesita más servicios de los que permite el límite del servicio, pueden solicitar más servicios a través del proceso de autorización previa.

Si usted o su proveedor no está seguro de si un servicio, artículo o medicamento requiere autorización previa, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813 o TTY 711**.

### **Autorización Previa de un Servicio o Artículo**

**PA Health & Wellness** revisará la solicitud de autorización previa y la información que envió usted o su proveedor. **PA Health & Wellness** le informará su decisión dentro de los 2 días hábiles a partir de la fecha en la que **PA Health & Wellness** recibió la solicitud si **PA Health & Wellness** cuenta con suficiente información para decidir si el servicio o artículo es médicamente necesario.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Si **PA Health & Wellness** no tiene suficiente información para decidir la solicitud, debemos notificarle a su proveedor, dentro de las 48 horas siguientes a recibir la solicitud, que necesitamos más información para decidir la solicitud, y otorgar 14 días para que el proveedor nos proporcione más información. **PA Health & Wellness** le informará nuestra decisión dentro de los 2 días hábiles siguientes a que **PA Health & Wellness** reciba la información necesaria.

Usted y su proveedor recibirán una notificación por escrito que le informará si se aprueba o rechaza la solicitud, y si ocurre esto último, el motivo del rechazo.

### Autorización Previa para Medicamentos Cubiertos

**PA Health & Wellness** revisará una solicitud de autorización previa para medicamentos dentro de las 24 horas siguientes a que **PA Health & Wellness** reciba la solicitud. Usted y su proveedor recibirán una notificación por escrito que le informará si se aprueba o rechaza la solicitud, y si ocurre esto último, el motivo del rechazo.

Si usted acude a una farmacia para surtir una receta y no es posible porque necesita autorización previa, el farmacéutico le dará un suministro temporal a menos que el profesional piense que el medicamento puede perjudicarlo. Si aún no ha estado tomando el medicamento, recibirá un suministro de 72 horas. Si ya ha estado tomando el medicamento, recibirá un suministro de 15 días. Aun así, su proveedor le deberá solicitar una autorización previa a **PA Health & Wellness** lo antes posible.

### ¿Qué Sucede si Recibo una Notificación de Rechazo?

Si **PA Health & Wellness** rechaza una solicitud de un servicio, artículo o fármaco o no la aprueba como se solicitó, puede presentar un Reclamo o una Queja. Si presenta un Reclamo o Queja por el rechazo de un medicamento en curso, **PA Health & Wellness** debe autorizar el medicamento hasta que se resuelva el Reclamo o Queja, siempre y cuando presente el Reclamo o Queja dentro de los 15 días hábiles siguientes a haber recibido la notificación de rechazo. Consulte la sección 8: Reclamos, Quejas y Audiencias Imparciales, la cual comienza en la página 99 de este Manual, para obtener información detallada sobre Reclamos y Quejas.

## Descripciones de Servicios

### Servicios de Emergencia

Los servicios de emergencia son servicios que recibe para tratar o evaluar una afección médica de emergencia. Una condición médica de emergencia es una lesión o enfermedad que es tan grave que una persona razonable sin formación médica cree

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

que existe un riesgo inmediato para la vida o la salud a largo plazo de una persona. Si usted tiene una condición médica de emergencia, vaya a la sala de emergencias más cercana, marque 911 o llame a su proveedor de ambulancia local. **No** necesita la aprobación de **PA Health & Wellness** para obtener servicios de emergencia y puede utilizar cualquier hospital u otro entorno para recibir atención de emergencia.

A continuación, se muestran algunos ejemplos de afecciones médicas de emergencia y que no son de emergencia:

### Afecciones médicas de emergencia

- Ataque cardíaco
- Dolor de pecho
- Sangrado grave
- Dolor intenso
- Inconsciencia
- Intoxicación

### Afecciones médicas que no son de emergencia

- Dolor de garganta
- Vómitos
- Resfriados e Influenza
- Dolor de espalda
- Dolor de oído
- Hematomas, inflamación o pequeños cortes

Si no está seguro de si su condición requiere servicios de emergencia, comuníquese con su PCP o a la Línea Directa de Enfermería de **PA Health & Wellness** llamando al **1-844-626-6813 o TTY 711** las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

### **Servicio de Transporte Médico para Casos de Emergencia**

**PA Health & Wellness** cubre el transporte médico de emergencia en ambulancia para condiciones médicas de emergencia. Si necesita una ambulancia, llame al 911 o a su proveedor local de ambulancias. No llame a MATP (descrito en la página **13** de este Manual) para transporte médico de emergencia.

### **Atención de Urgencia**

**PA Health & Wellness** cubre la atención urgente para una enfermedad, lesión o afección que si no se trata dentro de las 24 horas, podría convertirse rápidamente en una crisis o una afección médica de emergencia. Esto sucede cuando necesita atención de un médico, pero no en la sala de emergencias.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Si necesita atención de urgencia, pero no está seguro de si se trata de una emergencia, comuníquese primero con su PCP o con la Línea Directa de Enfermería de **PA Health & Wellness** llamando al **1-844-626-6813 o TTY 711**. Su PCP o la enfermera de la línea directa le ayudarán a decidir si necesita ir a la sala de emergencias, al consultorio del PCP o a un centro de atención de urgencia cercano. En la mayoría de los casos si necesita atención urgente, su PCP le dará una cita dentro de las 24 horas. Si no puede comunicarse con su PCP o su PCP no puede verle dentro de las 24 horas y su condición médica no es una emergencia, también puede dirigirse a un centro de atención de urgencia o una clínica sin cita previa dentro de la red de **PA Health & Wellness**. No se requiere autorización previa para los servicios en un centro de Atención de Urgencias.

Algunos ejemplos de afecciones médicas que pueden requerir atención urgente son:

- Vómitos
- Tos y fiebre
- Esguinces
- Sarpullidos
- Dolor de oído
- Diarrea
- Dolores de garganta
- Dolores de estómago

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **1-844-626- 6813 o TTY 711**.

### Servicios de Cuidados Dentales

**PA Health & Wellness** cubre algunos beneficios dentales para los Participantes mediante servicios de dentistas de la red de **PA Health & Wellness**. Algunos servicios dentales tienen límites.

**PA Health & Wellness** cubre los siguientes servicios para Participantes de 21 años o más:

- Dos exámenes bucales periódicos y limpiezas por año.
- Incluye procedimientos quirúrgicos y servicios de emergencia relacionados con el tratamiento de síntomas y dolor.
- Los miembros de PA Health & Wellness, que son clínicamente elegibles para un centro de enfermería (NFCE), pueden ser elegibles para beneficios adicionales para prótesis dentales.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Servicios adicionales, incluidos aquellos médicamente necesarios (con autorización previa) también están disponibles. Visite <http://providersearch.PAHealthWellness.com> para hallar un dentista principal en su región/condado o comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626-6813** o **TTY 711** para recibir ayuda.

### Excepción de Límite de Beneficio Dental

Algunos servicios dentales solo están cubiertos con una Excepción de Límite de Beneficios (BLE). Usted o su dentista también pueden solicitar un BLE si creen que necesita más servicios dentales de los permitidos por los límites.

**PA Health & Wellness** aprobará un BLE en los siguientes casos:

- Si tiene una enfermedad o condición médica grave o crónica y sin el servicio adicional su vida estaría en peligro; O
- Si tiene una enfermedad o condición médica grave o crónica y sin el servicio adicional su salud empeoraría considerablemente; O
- Si necesitaría un tratamiento más costoso si no recibe el servicio solicitado; O
- Si iría en contra de la ley federal que **PA Health & Wellness** le niegue la excepción.

Para solicitar un BLE antes de recibir el servicio, usted o su dentista pueden llamar a Servicios para Participantes de PA Health & Wellness al 1-844-626-6813 o TTY 711 o enviar la solicitud a:

PA Health & Wellness  
1700 Bent Creek Blvd.  
Ste. 200  
Mechanicsburg, PA 17050

Las solicitudes de BLE deben incluir la siguiente información:

- Su nombre
- Su dirección
- Su número de teléfono
- El servicio que necesita
- Los motivos por los que necesita el servicio
- El nombre de su proveedor
- El número de teléfono de su proveedor

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

### Plazos para Decidir una Excepción de Límite de Beneficios

Si usted o su proveedor solicita una excepción antes de recibir el servicio, **PA Health & Wellness** le informará si el BLE está aprobado o no en un plazo de 21 días.

Si su dentista solicita una excepción después de recibir el servicio, **PA Health & Wellness** le informará si la solicitud BLE está aprobada o no dentro de los 30 días a partir de la fecha en que **PA Health & Wellness** reciba la solicitud.

Si no está de acuerdo o conforme con la decisión de **PA Health & Wellness**, puede presentar un Reclamo o Queja ante **PA Health & Wellness**. Para obtener más información sobre el proceso de Quejas y Reclamos, consulte la Sección 8 de este Manual, Quejas, Reclamos y Audiencias Imparciales en la página **99**.

### Servicios de Cuidado de la Visión

**PA Health & Wellness** cubre algunos servicios de oftalmología para Participantes mediante proveedores dentro de la red de **PA Health & Wellness**.

**PA Health & Wellness** cubre los siguientes servicios para Participantes de 21 años o más:

- Un examen ocular completo cada 6 meses (desde una fecha del servicio a otra)
- Servicios médicos necesarios para el cuidado de la vista realizados por un optometrista
- Las gafas médicamente necesarias con un diagnóstico de afaquia son elegibles para dos pares de lentes de anteojos estándar o lentes de contacto por año y están cubiertas para cuatro lentes de anteojos por año.
- Las prótesis oculares están limitadas a una por paciente implantado cada 2 años

Servicios adicionales, incluidos aquellos médicamente necesarios (con autorización previa) también están disponibles. Visite el sitio web de **PA Health & Wellness** para encontrar un proveedor de atención de la vista en su región/condado o comuníquese con Servicios para Participantes al **1-844-626-6813** o **TTY 711** para obtener asistencia.

### Beneficios de Farmacia

**PA Health & Wellness** cubre los beneficios de farmacia que incluyen medicamentos recetados y de venta libre, y vitaminas con receta médica.



## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

### Recetas

Cuando un proveedor le receta un medicamento, puede obtenerlo en cualquier farmacia dentro de la red de **PA Health & Wellness**. Deberá tener su tarjeta de ID de **PA Health & Wellness** y es posible que deba abonar un copago. **PA Health & Wellness** pagará\* por cualquier medicamento mencionado en su lista de medicamentos de **PA Health & Wellness** o medicamento preferido de la Lista de Medicamentos Preferidos del Departamento de Servicios Humanos (DHS) y puede llegar a pagar por otros medicamentos siempre que estén previamente autorizados. Ya sea su receta o la etiqueta de su medicamento le dirán si su médico le ha solicitado resurtidos de la receta y cuántos puede recibir. Si su médico ordenó resurtidos, en algunos casos, puede obtener hasta un suministro de 90 días a la vez. Si tiene preguntas sobre si un medicamento con receta está cubierto, necesita ayuda para encontrar una farmacia en la red de **PA Health & Wellness** o tiene alguna otra pregunta, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813** o **TTY 711**.

\* Algunos medicamentos incluidos en la lista de medicamentos de **PA Health & Wellness** o preferidos de la Lista de Medicamentos Preferidos del Departamento de Servicios Humanos (DHS) pueden requerir autorización previa.

Si recibe beneficios de Medicare, su plan de Medicare es su principal pagador de medicamentos. Consulte su plan de Medicare si tiene preguntas sobre si un medicamento con receta está cubierto o cualquier otra consulta. Si sus medicamentos no están cubiertos por Medicare, podría cubrirlo **PA Health & Wellness**.

### Lista Estatal de Medicamentos Preferidos (PDL) y Formulario Complementario de PA Health & Wellness

**PA Health & Wellness** cubre los medicamentos enumerados en la Lista Estatal de Medicamentos Preferidos (PDL) y en el formulario complementario de **PA Health & Wellness**. Esto es lo que su PCP u otro médico debe consultar al decidir qué medicamentos debe tomar usted. El PDL estatal y el formulario complementario de PA Health & Wellness cubren tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Los medicamentos genéricos tienen los mismos componentes activos que los medicamentos de marca. Algunos medicamentos mencionados en el formulario complementario de **PA Health & Wellness** o preferidos en la PDL Estatal podrían requerir autorización previa. Cualquier medicamento recetado por su doctor que no se encuentre en la PDL Estatal o en el formulario complementario de **PA Health & Wellness** necesita autorización previa. La PDL Estatal y el formulario complementario de **PA Health & Wellness** puede cambiar ocasionalmente, por lo que debe asegurarse de que su proveedor tenga la información actualizada al prescribirle un medicamento.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Si tiene alguna pregunta o desea obtener una copia de la PDL Estatal y del formulario complementario de medicamentos de **PA Health & Wellness** comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **1-844-626- 6813** o **TTY 711** o visite el sitio web de **PA Health & Wellness** en [www.PAHealthWellness.com/Providers/Pharmacy.html](http://www.PAHealthWellness.com/Providers/Pharmacy.html).

### Reembolso de Medicamentos

En el caso de los participantes que tengan retrasos en la autorización previa de su medicamento, la adjudicación de este u otros problemas en el punto de venta de la farmacia, puede solicitar un reembolso por gastos pagados de su propio bolsillo. Para presentar una solicitud de reembolso de medicamentos, se debe completar un Formulario de solicitud de reembolso para medicamentos con receta. Este formulario se puede encontrar en la siguiente página web:

<https://www.pahealthwellness.com/members/ltss/benefits-services/pharmacy.html>

Para solicitar un reembolso, complete y envíe este formulario a la siguiente dirección:

Pharmacy Services Member Reimbursements  
P.O. Box 989000  
West Sacramento, CA 95798

Los formularios incompletos retrasarán el procesamiento. Puede comunicarse con Servicio al Cliente de la Farmacia llamando al (800) 460-8988. Nuestra intención es procesar todas las solicitudes de reembolso en un plazo de 60 días. Guarde una copia de todos los documentos presentados para sus registros. El reembolso no está garantizado; las solicitudes están sujetas a limitaciones, exclusiones y disposiciones de PA Health & Wellness.

### Medicamentos Especializados

La PDL Estatal y el formulario complementario de **PA Health & Wellness** incluye medicamentos denominados medicamentos especializados. Se trata de medicamentos utilizados para tratar enfermedades complejas. Estos medicamentos generalmente requieren una manipulación especializada y un seguimiento estrecho por parte de un médico. Una receta para estos medicamentos debe estar previamente autorizada. Es posible que tenga un copago por su medicamento. Para consultar la Lista Estatal de Medicamentos Preferidos, el formulario complementario de **PA Health & Wellness**, una lista completa de medicamentos especializados y si su medicamento es considerado un medicamento especializado, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813** o **TTY 711** o visite el sitio web de **PA Health & Wellness** en <https://www.PAHealthWellness.com/Members/LTSS/Benefits-Services/Pharmacy.html>.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Deberá obtener estos medicamentos en una farmacia especializada. Una farmacia especializada puede enviarle sus medicamentos por correo directamente a usted y no le cobrará por ese servicio. La farmacia especializada se pondrá en contacto con usted antes de enviar su medicamento. La farmacia también puede responder a cualquier pregunta que tenga sobre el proceso. Puede elegir cualquier farmacia especializada que se encuentre en la red de **PA Health & Wellness**. Para obtener una lista de farmacias especializadas de la red, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813 o TTY 711** consulte el directorio de proveedores en el sitio web de **PA Health & Wellness** en <http://providersearch.PAHealthWellness.com>. Si tiene alguna otra pregunta o desea obtener más información, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813 o TTY 711**.

### Medicamentos de Venta Libre

**PA Health & Wellness** cubre medicamentos de venta libre si usted tiene una receta de su proveedor. Deberá tener su tarjeta de ID de **PA Health & Wellness** y es posible que deba abonar un copago. Los siguientes son algunos ejemplos de medicamentos de venta libre que pueden estar cubiertos:

- Medicina para los senos paranasales y alergias
- Acetaminofeno o aspirina
- Vitaminas genéricas
- Medicamento para la tos
- Medicamentos para la acidez estomacal, como los antiácidos
- Medicamentos para tratar la diarrea
- Medicamentos para tratar las flatulencias
- Broncodilatadores
- Anticonceptivos
- Insulina y jeringas de insulina
- Laxantes y ablandadores de heces
- Preparación nasal
- Preparaciones oftálmicas
- Agentes de diagnóstico

Puede encontrar más información sobre los medicamentos de venta libre cubiertos visitando el sitio web de **PA Health & Wellness** en [PAHealthWellness.com](http://PAHealthWellness.com) o llamando a Servicios para Participantes al **1-844-626-6813 o TTY 711**.

### Ayuda para Inscribirse en Medicare Part D

Si tiene Medicare, **PA Health & Wellness** puede ayudarlo a inscribirse en Medicare Part D para que pueda pagar sus medicamentos con receta. Algunos planes de

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Medicare Part D no tienen copagos por medicamentos con receta. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626-6813** o TTY 711 o con el **Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight (PA MEDI) Program** llamando al **1-800-783-7067**.

### Servicios para Dejar de Fumar

**¿Desea dejar de usar tabaco o nicotina? ¡PA Health & Wellness quiere ayudarlo a dejar de fumar!**

Si está listo para dejar de fumar, no importa cuántas veces lo haya intentado, estamos aquí para ayudarlo.

### Medicamentos

**PA Health & Wellness** cubre los siguientes medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar.

Nombre del producto
Bupropion Genérico
Goma de mascar y Pastillas de Nicotina Genéricos
SISTEMA TRANSDÉRMICO DE NICOTINA
CHANTIX
PAQUETE MENSUAL DE INICIO CHANTIX

Comuníquese con su PCP y obtenga una cita con el fin de obtener una receta para un medicamento para dejar de fumar.

### Servicios de Asesoramiento

El apoyo del asesoramiento también puede ayudarlo a dejar de fumar. **PA Health & Wellness** cubre los siguientes servicios de asesoramiento: **Servicios Terapéuticos y de Asesoramiento**.

### Tratamiento de Salud Conductual

Algunas personas pueden sentirse estresadas, ansiosas o deprimidas al intentar dejar de fumar. Los Participantes de **PA Health & Wellness** son elegibles para servicios

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

destinados a tratar estos efectos secundarios, pero estos servicios están cubiertos por su BH-MCO. Puede encontrar el BH-MCO en su condado y su información de contacto en la página **96** de este Manual. También puede comunicarse con Servicios para Participantes de **PA Health & Wellness** llamando al **1-844-626- 6813** o **TTY 711** y obtener ayuda para comunicarse con BH-MCO.

### Otros Recursos para Dejar de Fumar

Existen numerosos recursos a los que puede acceder para que lo ayuden a dejar de fumar. Las siguientes organizaciones ofrecen servicios para dejar de fumar:

Organización	Sitio web	Números de Teléfono
Línea Gratuita para Dejar de Fumar de PA	<a href="http://www.health.pa.gov/My%20Health/Healthy%20Living/Smoke%20Free%20Tobacco/Pages/PA-Free-Quitline.aspx#.Wa6XarKGNhG">http://www.health.pa.gov/My%20Health/Healthy%20Living/Smoke%20Free%20Tobacco/Pages/PA-Free-Quitline.aspx#.Wa6XarKGNhG</a>	1-800-QUIT-NOW  (784-8669) 1-855-DEJE-LO-YA (335-3569)  HTTPS:// PA.QUITLOGIX. ORG (EN LÍNEA)  1-800-261-6259 (FAX)
Sociedad contra el Cáncer de PA	<a href="https://www.acscan.org/states/pennsylvania">https://www.acscan.org/states/pennsylvania</a>	
Asociación Estadounidense del Corazón y los Pulmones	<a href="http://www.lung.org/stop-smoking/?referrer=https://www.google.com/">http://www.lung.org/stop-smoking/?referrer=https://www.google.com/</a>	1-800-LUNGUSA

Recuerde que **PA Health & Wellness** está para ayudarlo a ser más saludable al dejar de fumar. ¡No espere! Comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813** o **TTY 711** para que podamos ayudarlo a comenzar.

### Planificación Familiar

**PA Health & Wellness** cubre los servicios de planificación familiar. No necesita una derivación de su PCP para recibir servicios de planificación familiar. Estos servicios incluyen exámenes de embarazo, pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, suministros para control de la natalidad, y educación y

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

asesoramiento en planificación familiar. Puede ver a cualquier médico que sea un proveedor de Asistencia Médica, incluso cualquier proveedor fuera de la red que ofrezca servicios de planificación familiar. No tiene que pagar copagos por estos servicios. Cuando visite a un proveedor de planificación familiar que no esté en la red de **PA Health & Wellness**, debe mostrar su tarjeta ID de **PA Health & Wellness** y su tarjeta de Medicare (si corresponde).

Para obtener más información sobre los servicios de planificación familiar cubiertos o recibir ayuda para encontrar un proveedor de planificación familiar, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813** o **TTY 711**.

### Cuidado de Maternidad

#### Cuidado durante el Embarazo

El cuidado prenatal es la atención médica que una Participante recibe durante el embarazo y el parto por parte un proveedor de cuidado de maternidad, como un obstetra (OB u OB/GYN) o una enfermera partera. La atención prenatal temprana y regular es muy importante para usted y la salud de su bebé. Incluso si ha estado embarazada antes es importante ir a un proveedor de atención de maternidad regularmente durante cada embarazo.

Si cree que está embarazada y necesita una prueba de embarazo, consulte a su PCP o a un proveedor de planificación familiar. Si usted está embarazada, puede hacer lo siguiente:

- Llamar o visitar a su PCP, quien puede ayudarle a encontrar un proveedor de cuidado de maternidad de la red de **PA Health & Wellness**.
- Visitar a un OB o OB/GYN de la red o a una enfermera partera por su cuenta. No necesita una derivación para el cuidado de maternidad.
- Visite un centro de salud de la red que ofrezca servicios de OB u OB/GYN.
- Comunicarse con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626-6813** o **TTY 711** para hallar un proveedor de cuidado de maternidad.

Debe visitar a su médico apenas sepa que está embarazada. Su proveedor de cuidado de maternidad debe programar una cita para verla

- Si está en su primer trimestre, dentro de los 10 días hábiles siguientes a que **PA Health & Wellness** se entera de que está embarazada.
- Si está en el segundo trimestre, dentro de los 5 días hábiles siguientes a que **PA Health & Wellness** se entera de que está embarazada.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

- Si está en su tercer trimestre, dentro de los 4 días hábiles siguientes a que **PA Health & Wellness** se entera de que está embarazada.
- Si tiene un embarazo de alto riesgo, dentro de las 24 horas siguientes a que **PA Health & Wellness** se entera de que está embarazada.

Si tiene una emergencia, vaya a la sala de emergencias más cercana, marque el 911 o llame a su proveedor de ambulancia local.

Es importante que permanezca con el mismo proveedor de cuidado de maternidad durante todo el embarazo y el cuidado posparto. Ellos seguirán de cerca su salud y la de su bebé en crecimiento. También es una buena idea permanecer con el mismo plan Community HealthChoices durante todo su embarazo.

**PA Health & Wellness** tiene coordinadores de salud materna especialmente capacitados que saben qué servicios y recursos hay disponibles para usted.

Si está embarazada y ya se atiende con un proveedor de cuidado de maternidad al inscribirse en **PA Health & Wellness**, puede seguir atendiéndose con ese proveedor, aunque no pertenezca a la red de **PA Health & Wellness**. El proveedor tendrá que llamar a **PA Health & Wellness** con el fin de recibir autorización para tratarla.

### Cuidado para Usted y su Bebé Después del Nacimiento

Debe visitar a su proveedor de cuidado de maternidad entre **4 y 6 semanas** después del nacimiento del bebé para realizarse un chequeo, a menos que su proveedor de cuidado de maternidad quiera verla antes.

Su bebé debe tener una cita con su PCP cuando tenga 3 a 5 días de edad, a menos que el médico quiera ver a su bebé antes. Es mejor elegir un médico para su bebé mientras está embarazada. Si necesita ayuda para elegir a un médico para su bebé, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **1-844-626- 6813 o TTY 711**.

### MCO Maternity Program

**PA Health & Wellness** tiene un programa especial para embarazadas llamado **Start Smart for Baby (SSFB)**.

El SSFB® Perinatal Management Program le proporciona educación sobre sus necesidades de atención médica, asistencia con necesidades e inquietudes sociales, coordinación de cuidados para ayudarle a acceder a la atención prenatal, remisiones a especialistas adecuados y al programa OB Case Management, según sea necesario.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Si está interesado en participar en el SSFB Program, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813 o TTY 711** y solicite un Administrador de Cuidados SSFB.

### Equipo Médico Duradero y Suministros Médicos

**PA Health & Wellness** cubre el Equipo Médico Duradero (DME), incluido el DME de accesibilidad en el hogar y suministros médicos. El DME es un artículo o dispositivo médico que se puede utilizar muchas veces en su hogar o en cualquier entorno en el que se lleven a cabo actividades normales de la vida y que, por lo general, no se utiliza a menos que una persona tenga una enfermedad o lesión. Los suministros médicos suelen ser desechables y se utilizan para fines médicos. Algunos de estos artículos necesitan autorización previa y su médico debe ordenarlos. Los proveedores de DME deben pertenecer a la red de **PA Health & Wellness**. Puede tener un copago.

Algunos ejemplos de DME incluyen los siguiente:

- Tanques de oxígeno
- Sillas de ruedas
- Muletas
- Andadores
- Entablillados
- Camas médicas especiales

Entre los ejemplos de DME de accesibilidad en el hogar se incluyen los que figuran a continuación:

- Ascensores para sillas de ruedas
- Escaleras deslizantes
- Elevadores de techo
- Rampas de acceso metálicas

Esto incluye la instalación y reparación médicamente necesaria de DME cubiertos de accesibilidad para el hogar, no incluye adaptaciones del hogar. Usted puede ser elegible para adaptaciones en el hogar si recibe LTSS.

Algunos ejemplos de suministros médicos son los siguientes:

- Suministros para diabéticos (como jeringas, tiras reactivas)
- Gasas



## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

- Cinta adhesiva
- Suministros para la incontinencia (por ejemplo, pañales pull-up, ropa interior, protectores para la cama)

Si tiene alguna pregunta sobre los DME o suministros médicos o si desea obtener una lista de proveedores de la red, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813 o TTY 711**.

### Servicios de Centros de Convalecencia

Un hogar de ancianos es un establecimiento con licencia que proporciona servicios de enfermería o cuidados a largo plazo. Estas instalaciones tienen servicios que ayudan tanto a las necesidades médicas como no médicas de los residentes. Los servicios de hogares de ancianos incluyen enfermería y rehabilitación, asistencia con tareas como vestirse, bañarse, usar el baño, comidas y lavandería u otros servicios que se necesitan de forma regular como parte de un programa de cuidado de la salud o administración de la salud planificado. Los centros de convalecencia deben ser parte de la red de proveedores de **PA Health & Wellness** para que pueda recibir los servicios. Si necesita servicios de un centro de convalecencia por más de 30 días, consulte la página **79** del manual para obtener información sobre los Servicios y Apoyos a Largo Plazo.

### Servicios Ambulatorios

**PA Health & Wellness** cubre servicios ambulatorios como fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, así como radiografías y análisis de laboratorio. Su PCP se encargará de organizar estos servicios con uno de los proveedores de la red de **PA Health & Wellness**.

Su servicio ambulatorio puede requerir Autorización Previa. Llame a su Proveedor o Coordinador de Servicios si el servicio es potencialmente cosmético o experimental.

Llame al **1-844-626-6813 o TTY 711** y uno de nuestros representantes estará disponible para ayudarle a encontrar un proveedor de la red cercano a usted.

### Servicios Hospitalarios

**PA Health & Wellness** cubre los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Si necesita servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y no se trata de una emergencia, su PCP o especialista hará los arreglos necesarios para que

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

usted sea admitido en un hospital de la red de **PA Health & Wellness** y hará un seguimiento de su cuidado incluso si usted necesita a otros doctores durante su internación. Las hospitalizaciones deben estar aprobadas por **PA Health & Wellness**. Para averiguar si un hospital está dentro de la red de **PA Health & Wellness**, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813 o TTY 711** o consulte el directorio de proveedores en el sitio web de **PA Health & Wellness** en <http://providersearch.PAHealthWellness.com>.

Si tiene una emergencia y lo internan en un hospital, usted o un miembro de su familia o amigo debe informar a su PCP lo antes posible, antes de las 24 horas después de haber ingresado al hospital. Si lo internan en un hospital que no está en la red de **PA Health & Wellness**, podrían trasladarlo a un hospital de la red de **PA Health & Wellness**. No se lo trasladará a un nuevo hospital hasta que se encuentre lo suficientemente estable para el traslado a un nuevo hospital.

Es muy importante concertar una cita con su PCP dentro de los 7 días después de salir del hospital. Ver a su PCP justo después de su internación le ayudará a seguir las instrucciones que recibió mientras estuvo en el hospital y evitará que lo vuelvan a internar.

En ocasiones, tal vez deba ver a un médico o recibir tratamiento en un hospital sin ser hospitalizado durante la noche. Estos servicios se denominan servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.

Si tiene alguna otra pregunta sobre los servicios hospitalarios, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813 o TTY 711**.

### Servicios Preventivos

**PA Health & Wellness** cubre los servicios preventivos que pueden ayudarlo a mantenerse sano. Los servicios preventivos incluyen algo más que ver a su PCP una vez al año para un chequeo. También incluyen inmunizaciones (vacunas), análisis de laboratorio y de otro tipo o exámenes de detección que le permiten saber a usted y a su PCP si está sano o tiene algún problema de salud. Visite a su PCP para recibir servicios preventivos. Este profesional guiará su cuidado de la salud de acuerdo con las últimas recomendaciones para la atención.

Los participantes también pueden acudir a un OB/GYN para su análisis anual de Papanicolaou y examen pélvico, y para obtener una receta para una mamografía. Los siguientes servicios preventivos pueden hacerle obtener Recompensas de My Health Pays®:

- Examen de Detección de Cáncer de Mama
- Examen de detección de cáncer colorrectal
- Prueba de detección del cáncer cervical

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Consulte la página 71 para obtener más información sobre My Health Pays Rewards.

### Examen Físico

Debe hacerse un examen físico por su PCP por lo menos una vez al año. Esto ayudará a su PCP a encontrar cualquier problema que usted no sepa. Su PCP puede ordenar pruebas basadas en su historia clínica, edad y sexo. También comprobará si está al día en cuanto a las vacunas y los servicios preventivos para ayudarlo a mantenerse saludable.

Si no está seguro de si sus necesidades de cuidado de la salud están actualizadas, comuníquese con su PCP o con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813 o TTY 711**. Los Servicios para Participantes también pueden ayudarlo a concertar una cita con su PCP.

### Nueva Tecnología Médica

**PA Health & Wellness** podría cubrir nuevas tecnologías médicas, como procedimientos y equipos, si así lo solicita su PCP o especialista. **PA Health & Wellness** quiere asegurarse de que las nuevas tecnologías médicas sean seguras, eficaces y adecuadas para usted antes de aprobar el servicio.

Si desea obtener más información sobre las nuevas tecnologías médicas, comuníquese con Servicios para Participantes de **PA Health & Wellness** llamando al **1-844-626- 6813 o TTY 711**.

### Atención Médica a Domicilio

**PA Health & Wellness** cubre el cuidado de salud en el hogar proporcionado por una agencia de salud en el hogar. El cuidado de salud en el hogar es la atención que se proporciona en su hogar e incluye servicios de enfermería especializada; ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse y comer; y física, habla, y terapia ocupacional. Su médico debe ordenar el cuidado de salud en el hogar.

No existen límites en la cantidad de visitas para el cuidado de la salud en el hogar que puede recibir. Debe comunicarse con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813 o TTY 711** si tiene la aprobación para recibir cuidado de la salud a domicilio y no está recibiendo este servicio según lo aprobado.

# Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

## Administración de Enfermedades

**PA Health & Wellness** tiene programas voluntarios para ayudarlo a cuidar mejor de sí mismo si tiene una de las condiciones médicas enumeradas a continuación. **PA Health & Wellness** cuenta con administradores de cuidado que trabajarán con usted y sus proveedores para asegurarse de que obtenga los servicios que necesita. Usted no necesita una derivación de su PCP para estos programas ni debe pagar copago.

Si tiene una de las afecciones de salud que se enumeran a continuación, puede formar parte del programa de administración de enfermedades:

- ADHD
- Ansiedad
- Asma
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- Diabetes
- Hemofilia
- Hepatitis C
- Embarazo de Alto Riesgo
- VIH/SIDA
- Hipertensión
- Control de Peso/Obesidad
- Manejo del Dolor
- Trastorno Perinatal por Abuso de Sustancias
- Anemia drepanocítica

Si sigue el plan de atención de su proveedor y conocer sobre su enfermedad o afección, puede mantenerse más saludable. Los administradores de cuidado de **PA Health & Wellness** están para ayudarlo a entender cómo cuidarse mejor siguiendo las órdenes de su médico, enseñándole acerca de sus medicamentos, ayudándole a mejorar su salud y brindándole información para utilizar en su comunidad. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813 o TTY 711**.

## Servicios Expandidos

**PA Health & Wellness** ofrece los siguientes servicios expandidos y beneficios de valor agregado a nuestros Participantes:

### Dentales para adultos

- Más allá de la cobertura de Medicaid, los Participantes pueden solicitar un kit de higiene oral.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

- Un beneficio de por vida por un valor máximo de \$1000 para dentaduras postizas a participantes Clínicamente Elegibles para Centros de Enfermería Especializados.

### Oculares para Adultos

- Más allá de los servicios cubiertos por Medicaid, \$100 dólares anuales para gafas/contactos para Participantes Clínicamente Elegibles en Centros de Enfermería.

### Programas de Bienestar

- Después de una hospitalización: 14 días de comidas entregadas a domicilio
- Después de una hospitalización: 14 días de cuidados de relevo
- Smart Start para Bebés y biblioteca sobre salud
- Sitio de recursos En Línea de PHW Community Connect
- Resurtido de receta de 90 días para aquellos que no gozan de

### Otros Beneficios de Medicare

- Servicios de coordinación para los participantes que esperan la determinación de elegibilidad de LTSS como ayuda para acceder a los recursos locales
- Ayuda con el proceso de renovación de Asistencia Médica
- El beneficio de transición ayuda a los participantes calificados a trasladarse de un centro de enfermería al hogar con \$5000 para asistencia (\$1000 más que el límite estatal de \$4000)
- Maximizar la Independencia en el Hogar (MIND At Home™) es un programa de coordinación de atención en el hogar para personas con la enfermedad de Alzheimer o demencias relacionadas que viven en la comunidad y para sus cuidadores familiares (disponible para Participantes de LTSS en lugares seleccionados).

### Recompensas de My Health Pays®

¡Obtenga recompensas por centrarse en su salud! Gane recompensas de My Health Pays cuando complete actividades saludables para proteger su salud.

Utilice sus recompensas My Health Pays para ayudar a pagar:

- Servicios Públicos
- de Transporte
- Telecomunicaciones
- Servicios de Cuidado de Niños
- Educación
- Renta
- O puede utilizarlos para comprar artículos cotidianos en Walmart\*\*

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

\*\*Esta tarjeta no se puede utilizar para comprar alcohol, tabaco o productos de armas de fuego.

Obtenga recompensas al completar las siguientes conductas saludables:

- \$25 para el examen anual de detección de cáncer de mama (uno por año natural, entre 50 y 74 años de edad)
- \$25 para el examen anual de detección de cáncer colorrectal (uno por año natural, (entre 45 y 75 años de edad)
- \$25 para el examen anual de detección de cáncer cervical (uno por año calendario, entre 21 y 64 años de edad)
- \$30 para el examen ocular de personas diabéticas (uno por año calendario, entre 18 y 75 años de edad)
- \$30 para el análisis de HbA1c en diabéticos (una por año calendario, entre 18 y 75 años de edad)

Los dólares de recompensa de My Health Pays se añaden a su tarjeta de recompensas después de que procesemos la reclamación por cada actividad que complete. Si esta es su primera recompensa, se le enviará por correo su Tarjeta Prepagada Visa® de My Health Pays™.

\*\*Esta Tarjeta Visa Prepagada de My Health Pays es emitida por el Banco Bancorp de acuerdo con una licencia de Visa U.S.A. Inc. The Bancorp Bank; miembro de FDIC. La tarjeta no se puede utilizar en cualquier lugar en el que se acepten tarjetas de débito Visa.

Para obtener más información sobre las recompensas de My Health Pays, visite <https://www.pahealthwellness.com/members/ltss/benefits-services/healthy-rewards-program.html>.

**Sección 4:**

**Fuera de la red  
y  
Fuera del Plan**

### Proveedores Fuera de la Red

Un proveedor fuera de la red es un proveedor que no tiene un contrato con **PA Health & Wellness** para prestarle servicios a los Participantes de **PA Health & Wellness**. Puede haber un momento en el que necesite acudir a un médico u hospital que no esté en la red de **PA Health & Wellness**. Si esto sucede, puede pedir ayuda a su PCP. Su PCP tiene un número especial al que llamar para solicitarle a **PA Health & Wellness** que se le permita visitar a un proveedor fuera de la red. **PA Health & Wellness** comprobará si hay otro proveedor en su área que pueda brindarle el mismo tipo de atención que usted o su PCP creen que necesita. Si **PA Health & Wellness** no puede proporcionarle la posibilidad de elegir entre al menos 2 proveedores en su área, **PA Health & Wellness** cubrirá los servicios médicamente necesarios proporcionados por un proveedor fuera de la red.

### Obtención de Atención Fuera del Área de Servicios de PA Health & Wellness

Si se encuentra fuera del área de servicios de **PA Health & Wellness** y tiene una emergencia médica, diríjase a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. Para condiciones médicas de emergencia, usted no tiene que obtener la aprobación de **PA Health & Wellness** para obtener atención. Si necesita una hospitalización, debe informar a su PCP.

Si necesita atención para una condición que no es de emergencia mientras está fuera del área de servicios, llame a su PCP o a Servicios para Participantes al **1-844-626-6813** o **TTY 711**, quienes lo ayudarán a obtener la atención más adecuada.

**PA Health & Wellness** no pagará por la atención que reciba fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

### Fuera del Plan

Usted puede ser elegible para obtener servicios que no sean los cubiertos por **PA Health & Wellness**. A continuación, se muestran algunos servicios que están disponibles, pero no están cubiertos por **PA Health & Wellness**. Si necesita ayuda para obtener estos servicios, comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626- 6813** o **TTY 711**.



## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

### Transporte para Servicios Médicos sin Carácter de Emergencia

**PA Health & Wellness** no cubre el transporte médico que no sea de emergencia para la mayoría de los Participantes de Community HealthChoices. **PA Health & Wellness** puede ayudarle a organizar el transporte a las citas de servicio cubiertas mediante programas como Shared Ride o MATP que se describen a continuación.

**PA Health & Wellness** cubre el transporte médico sin carácter de emergencia si:

- Usted vive en un centro de convalecencia y necesita ir a una cita médica, a un centro de atención de urgencia o a una farmacia para obtener cualquier servicio de asistencia médica, DME o medicamento
- Usted necesita transporte médico especializado sin carácter de emergencia, por ejemplo, si necesita usar una camilla para llegar a su cita

Si tiene preguntas sobre el transporte médico sin carácter de emergencia, llame a Servicios para Participantes al **1-844-626- 6813 o TTY 711**.

### Programa de Transporte de Asistencia Médica

MATP proporciona transporte sin carácter de emergencia a citas médicas y farmacias. Este servicio se le proporcionará de manera gratuita. El MATP en el condado donde vive determinará su necesidad de servicios y le proporcionará el tipo de transporte adecuado. Los servicios de transporte se proporcionan normalmente de las siguientes maneras:

- Cuando hay transporte público, como autobuses, metro o trenes, MATP proporciona fichas o pases o le paga el precio del transporte público.
- Si usted u otra persona tiene un automóvil que puede usar para llegar a su cita, MATP puede pagarle una cantidad por milla más estacionamiento y peajes con recibos válidos.
- Cuando el transporte público no está disponible o no es adecuado para usted, MATP ofrece traslados en vehículos de transporte aéreo, que incluyen furgonetas con y sin elevadores, o taxis. Por lo general, el vehículo tendrá más de 1 piloto con diferentes horarios y ubicaciones de recogida y retorno.

Si necesita transporte a una cita médica o la farmacia, comuníquese con su MATP local para obtener más información y registrarse a fin de recibir los servicios. Puede encontrar una lista completa con la información de contacto del MATP aquí: <http://matp.pa.gov/CountyContact.aspx>. Consulte la página **13** de este manual para obtener una lista completa con la información de contacto del MATP del condado.

MATP confirmará con **PA Health & Wellness** o con el consultorio de su médico que la cita médica para la que necesita transporte sea un servicio cubierto. **PA Health &**

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

**Wellness** trabaja con MATP para ayudarle a organizar el transporte. También puede comunicarse con Servicios para Participantes y obtener más información llamando al **1-844-626-6813** o **TTY 711**.

### Programa para Mujeres, Bebés y Niños

El Women, Infants, and Children Program (WIC) proporciona alimentos saludables y servicios de nutrición a bebés, niños menores de 5 años y mujeres embarazadas que han dado a luz o están amamantando. WIC le ayuda a usted y a su bebé a comer bien enseñándole acerca de la buena nutrición y entregándole vales de comida para usar en las tiendas de comestibles. WIC ayuda a bebés y niños pequeños a comer los alimentos adecuados para que puedan crecer sanos. Puede pedirle a su proveedor de cuidado de maternidad una solicitud de WIC en su próxima visita o llamar al 1-800-WIC-WINS (1-800-942-9467). Para obtener más información, visite el sitio web de WIC en [www.pawic.com](http://www.pawic.com)

### Crisis y Prevención de Violencia Doméstica

La violencia doméstica es un patrón de comportamiento en el que una persona trata de obtener poder o control sobre otra en una relación familiar o íntima.

Existen diversos tipos de violencia doméstica. Algunos ejemplos son:

- Abuso emocional
- Violencia física
- Acecho
- Violencia sexual
- Abuso financiero
- Abuso verbal
- Abuso de ancianos
- Violencia de pareja más tarde en la vida
- Abuso de pareja íntima
- Violencia Doméstica en la Comunidad LGBTQIA+

Existen diversos nombres diferentes usados para hablar de violencia doméstica. Se puede llamar: abuso; violencia doméstica; agresión; violencia de pareja; o familiar, violencia conyugal, de relaciones o citas.

Si vive o vivió algunos de estos casos, o le tiene miedo de su pareja, puede estar en una relación abusiva.

La violencia doméstica es un delito y las protecciones legales están disponibles para usted. Dejar una relación violenta no es fácil, pero usted puede obtener ayuda.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

### Dónde obtener ayuda:

#### Línea Directa Nacional contra la Violencia Doméstica

1-800-799-7233 (SAFE)

1-800-787-3224 (TTY)

#### Coalición contra la Violencia Doméstica de Pennsylvania

Los servicios proporcionados a las víctimas de violencia doméstica incluyen la intervención en situación de crisis; asesoramiento; visitas acompañadas por la policía, citas con médicos y tribunales; y refugio de emergencia temporal para las víctimas y sus hijos dependientes. También se ofrecen programas de prevención y educación para reducir el riesgo de violencia doméstica en la comunidad.

1-800-932-4632 (en Pennsylvania)

### **Violencia Sexual y Crisis por Violación**

La violencia sexual incluye cualquier tipo de contacto sexual no deseado, palabras o acciones de naturaleza sexual que estén en contra de la voluntad de una persona. Una persona puede usar la fuerza, las amenazas, la manipulación o la persuasión para cometer violencia sexual. La violencia sexual puede incluir:

- Violación
- Agresión sexual
- Incesto
- Agresión sexual infantil
- Violación en citas y de personas conocidas
- Agarre o manoseo
- Conversación sexualizada por mensaje de texto sin permiso
- Abuso ritual
- Explotación sexual comercial (por ejemplo: prostitución)
- Acoso sexual
- Acoso en contra de la comunidad LGBTQIA+
- Exposición de genitales o partes íntimas y voyerismo (el acto de ser visto, fotografiado o filmado en un lugar donde uno esperaría privacidad)
- Participación forzada en la producción de pornografía

Los sobrevivientes de violencia sexual pueden tener reacciones físicas, mentales o emocionales a la experiencia. Un sobreviviente de violencia sexual puede sentirse solo, asustado, avergonzado y con miedo a que nadie le crea. La sanación puede llevar tiempo, pero es posible.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

### Dónde obtener ayuda:

Los centros de crisis por violación de Pennsylvania atienden a todos los adultos y niños. Los servicios incluyen:

- Asesoramiento gratuito y confidencial durante las 24 horas del día.
- Servicios para la familia, amigos, parejas o cónyuges de un sobreviviente.
- Información y referencias a otros servicios en su área y programas de educación para la prevención.

Llame al **1-888-772-7227** o visite el enlace a continuación para comunicarse con su centro local de crisis por violación.

[Pennsylvania Coalition Against Rape \(www.pcar.org\)](http://www.pcar.org)

# **Sección 5:**

## **Servicios y Apoyos a Largo Plazo**

### Servicios y Apoyos a Largo Plazo

**PA Health & Wellness** cubre servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) para participantes que no pueden realizar algunas actividades de la vida diaria o que tienen enfermedades crónicas. Los LTSS incluyen servicios en la comunidad y en un hogar de ancianos. LTSS lo ayuda a vivir donde quiera, por ejemplo, en su casa o en otro entorno residencial de la comunidad o en centro de convalecencia. LTSS también lo ayuda donde quiera trabajar.

Para poder recibir LTSS, deberá tener una “determinación de elegibilidad clínica” que muestre que necesita el tipo de servicios proporcionados en un centro de convalecencia, incluso si recibe o podría recibir los servicios en su casa o en otro entorno comunitario. Esto se denomina ser “Clínicamente Elegible para Centros de Enfermería” o “NFCE”. Significa que no todo el mundo puede recibir LTSS.

Si recibe o recibirá LTSS, su Coordinador de Servicios de **PA Health & Wellness** se reunirá con usted para repasar todas sus necesidades, inclusive dónde vive o quiere vivir, cuáles son sus necesidades de salud física y conductual y si necesita un cuidador u otro tipo de apoyo en la comunidad. Esto se denomina “evaluación integral de las necesidades”.

Como parte de la evaluación integral de las necesidades, elegirá un coordinador de servicios, quien trabajará con usted para crear un plan de servicios centrado en la persona (PCSP), el cual incluirá todos los servicios que usted necesita, ya sea que **PA Health & Wellness** los cubra o no.

La Coordinación de Servicios, la evaluación integral de las necesidades y el proceso de planificación centrado en la persona se explican con más detalle a continuación.

### Coordinación de Servicios

Si usted califica para LTSS, un coordinador de servicios lo ayudará a obtener todo los LTSS que necesite. **PA Health & Wellness** le dará a elegir entre ciertos coordinadores de servicio disponibles, ya sean empleados de PA Health & Wellness o contratados. PA Health & Wellness le proporcionará información sobre los coordinadores de servicios dentro de nuestra área de cobertura, incluida una breve descripción de cualquier habilidad especial y experiencia laboral. Si se le solicita, podrá hablar con los coordinadores de servicio como parte del proceso de selección. Su coordinador de servicios trabajará con usted para crear un PCSP y se asegurará de que este se encuentre actualizado y usted reciba todos los servicios y apoyos enumerados en su PCSP.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Debe ponerse en contacto con su coordinador de mantenimiento en las siguientes situaciones:

- Si no entiende su PCSP. Debe conocer y ser capaz de entender los servicios y apoyos que recibirá, y los proveedores que le brindarán apoyo.
- Si le gustaría cambiar su PCSP.
- Si tiene problemas con cualquiera de sus servicios, apoyos o proveedores.

Su coordinador de servicios lo ayudará a obtener LTSS y otros servicios médicos, sociales, de vivienda, educativos y de otro tipo, cubiertos y no cubiertos, y otros servicios y apoyos mencionados en su PCSP. Su coordinador de servicios se encargará de lo siguiente:

- Brindarle información y ayudarlo a obtener los servicios y apoyos necesarios.
- Realizar un seguimiento de sus servicios y apoyos.
- Informarle sobre:
  - Evaluaciones necesarias
  - El proceso de PCSP
  - LTSS disponible
  - Alternativas de servicio, incluida la dirección de los participantes
  - Sus derechos, incluido su derecho a presentar una Queja, Reclamo y solicitud de una Audiencia Imparcial
  - Sus responsabilidades en Community HealthChoices
  - Funciones de las personas que trabajan con Community HealthChoices
- Ayuda con Quejas, Reclamos y solicitudes para Audiencias Imparciales si la necesita y solicita.
- Llevar un registro de sus preferencias, fortalezas y metas para el PCSP.
- Reevaluar sus necesidades cada año o más a menudo si es necesario.
- Ayudarlo a usted y a su equipo de planificación centrado en la persona a elegir proveedores.
- Recordarle que haga lo necesario para seguir siendo elegible para Community HealthChoices y LTSS.
- Buscar servicios fuera de Community HealthChoices para satisfacer sus necesidades, incluso a través de Medicare u otras aseguradoras de salud, y otros recursos de la comunidad.

Si usted se muda a una nueva casa, su coordinador de servicios se asegurará de que obtenga o mantenga los servicios y el apoyo que necesita para mudarse a una nueva casa. Esto incluye ayuda para conseguir y mantener vivienda, actividades para ayudarlo a ser independiente, y ayuda en el uso de recursos comunitarios para que pueda permanecer en la comunidad.

Si alguna vez desea otro coordinador de servicios, llame a Servicios para Participantes al 1-844-626-6813 o TTY 711.

## Evaluación Integral de las Necesidades

Realizar una evaluación integral de las necesidades es el primer paso para determinar los servicios que necesita. Es importante que trabaje con **PA Health & Wellness** para realizar una evaluación lo antes posible. La evaluación integral de sus necesidades incluye la revisión de su salud física, salud conductual, LTSS, cuidador y otras necesidades. La evaluación también incluirá hablar sobre sus preferencias, metas, vivienda y apoyos informales. En la siguiente tabla se muestra cuándo se realizará la evaluación, que dependerá de su situación.

<b>Situación</b>	<b>Plazo para la Evaluación de PA Health &amp; Wellness</b>
Usted es NFCE, pero no recibe LTSS cuando comienza con <b>PA Health &amp; Wellness</b>	En un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha de inicio
Ya tiene un PCSP y recibe LTSS	En un plazo de 5 días hábiles a partir de la determinación de idoneidad clínica
Usted, un designado o un miembro de la familia solicita una evaluación	Dentro de los 15 días de su solicitud
Su última evaluación integral de necesidades fue hace 12 meses o más	Todos los participantes que reciben LTSS deben tener una evaluación integral de las necesidades anualmente
Tiene un evento desencadenante (descrito a continuación)	En un plazo de 14 días a partir del evento desencadenante o antes, según el estado de salud y las necesidades del Participante

Si recibe LTSS y tiene uno de los siguientes eventos desencadenantes, llame a su coordinador de servicio para concertar una cita y completar una nueva evaluación lo antes posible.

- Un ingreso hospitalario, un traslado entre centros de cuidado de la salud (por ejemplo, de un hospital a un hogar de ancianos) o un alta hospitalaria.
- Un cambio en su capacidad para cuidarse a sí mismo.
- Un cambio en su cuidador u otros apoyos informales que podrían cambiar su necesidad de servicios.
- Un cambio en su hogar que podría cambiar su necesidad de servicios.
- Un cambio permanente en su salud que podría cambiar su necesidad de servicios.
- Una solicitud por usted o alguien en su nombre, o un cuidador, proveedor o DHS.



## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Si no recibe LTSS, pero cree que puede ser elegible, puede solicitarle a **PA Health & Wellness** una evaluación completa de sus necesidades. Luego de completar la evaluación integral de las necesidades, si los resultados de su evaluación indican que necesita LTSS, **PA Health & Wellness** lo remitirá al DHS para una determinación de elegibilidad clínica a fin de determinar si usted es NFCE. **PA Health & Wellness** no determina su elegibilidad clínica para los LTSS, pero lo ayudará a comprender el proceso.

### Planificación Centrada en la Persona

Después de la evaluación integral de sus necesidades, su coordinador de servicios trabajará con usted para crear un PCSP. Con el apoyo de su coordinador de servicios, usted dirigirá la creación de su PCSP.

A continuación, se incluye información importante que debe conocer sobre su PCSP:

- Usted creará su PCSP con la ayuda de su coordinador de servicios y de cualquier persona a quien desee, como miembros de su familia u otros apoyos informales.
- Completará su PCSP con su coordinador de servicios dentro de los 30 días a partir de la fecha de la evaluación o reevaluación integral de las necesidades.
- Junto con su coordinador de servicios crearán su PCSP basándose en su evaluación integral de necesidades, su determinación de elegibilidad clínica y los servicios que cubra **PA Health & Wellness** para satisfacer sus necesidades pendientes.
- Su PCSP incluirá información sobre las remisiones necesarias para obtener servicios y apoyos.
- Su coordinador de servicios considerará los servicios cubiertos dentro y fuera de la red para satisfacer mejor sus necesidades donde usted desea satisfacer sus necesidades.

Su PCSP abordará sus necesidades físicas, conductuales y de LTSS, sus fortalezas, preferencias y objetivos, y lo que usted espera que los servicios hagan por usted. Incluirá la siguiente información:

- Sus afecciones de salud, medicamentos actuales y la cantidad de todos los servicios autorizados, incluido el tiempo autorizado.
- El proveedor(es) que ha seleccionado para proporcionar los servicios y apoyos que necesita y desea.
- Donde vive o quiere vivir y obtener LTSS (que podría ser su hogar, un entorno residencial diferente en la comunidad o un hogar de ancianos. **PA Health & Wellness** lo ayuda a vivir de la forma más independiente posible y a participar en su comunidad tanto como desee y pueda.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

- Factores de riesgo que pueden afectar su salud y formas de reducirlos, incluso tener planes de respaldo para la atención si es necesario.
- Su necesidad y plan para obtener recursos comunitarios, servicios no cubiertos y otros apoyos, incluida cualquier adaptación razonable.
- Los apoyos que necesita para hacer lo que le gusta hacer en su tiempo libre, incluidos los pasatiempos y las actividades comunitarias.
- Cómo funcionará **PA Health & Wellness** con otras aseguradoras de salud o apoyos que tenga, como Medicare, el seguro para veteranos y su BH-MCO.

Cuando haya terminado de crear su PCSP, usted y su coordinador de servicios lo firmarán y su coordinador de servicios le entregará una copia para sus registros. **PA Health & Wellness** les dirá a los proveedores de LTSS en su PCSP que tienen la aprobación para proporcionar los servicios y apoyos descritos en su PCSP y la cantidad y el tipo de servicio que deben proporcionar. Sus proveedores no pueden proporcionar los servicios LTSS en su PCSP hasta que tengan la aprobación de **PA Health & Wellness**.

Su coordinador de servicios debe hablar con usted acerca de su LTSS al menos una vez cada 3 meses por teléfono o en persona para asegurarse de que reciba sus LTSS y que estos satisfagan sus necesidades. Al menos 2 de estas visitas deben realizarse en persona cada año.

### Equipo de Planificación Centrado en la Persona

Para ayudar con el proceso de planificación centrado en la persona, su coordinador de servicios le ayudará a identificar a las personas importantes para unirse a su Equipo de Planificación Centrado en la Persona (PCPT). Los miembros del PCPT pueden incluir a sus amigos, familiares, proveedores médicos, proveedores de HCBS o cualquier otra persona a la que le gustaría participar en la planificación de sus servicios. Su coordinador de servicios trabajará con usted y los miembros del PCPT para asegurarse de que sus necesidades sean satisfechas.

## Descripciones de servicios

### Servicios Comunitarios y en el Hogar

Los servicios comunitarios y en el hogar (HCBS) son servicios y apoyos proporcionados en su hogar y la comunidad. El HCBS ayuda a los adultos mayores y a las personas con discapacidades a vivir independientemente y a permanecer en sus hogares. Los servicios incluyen ayuda con las actividades de la vida diaria o ADL (por ejemplo, comer y bañarse) y las actividades instrumentales de la vida diaria, o IADL (por ejemplo, preparar comidas y comprar comestibles).

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

**PA Health & Wellness** cubre los siguientes HCBS:

- **Servicios de Vida Diaria para Adultos:** Servicios diurnos en un centro comunitario para ayudar con el cuidado personal, las necesidades sociales, nutricionales y terapéuticas, 4 o más horas al día en un horario regular durante uno o más días cada semana.
- **Tecnología de Asistencia:** Un artículo, equipo o sistema de productos para aumentar o mantener la capacidad de comunicarse o hacer cosas por sí mismo tanto como sea posible.
- **Terapia Conductual:** Servicios para evaluar a un participante, desarrollar un plan de tratamiento/apoyo en el hogar, capacitar a miembros de la familia/personal y proporcionar asistencia técnica para llevar a cabo el plan, y monitorear al participante en la implementación del plan.
- **Asesoramiento de Beneficios:** Asesoramiento acerca de si tener un trabajo aumentará su capacidad de sostenerse a sí mismo y/o tener un beneficio financiero neto.
- **Evaluación Profesional:** Revisión de sus intereses y puntos fuertes para identificar posibles opciones profesionales.
- **Terapia de Rehabilitación Cognitiva:** Servicios para participantes con lesión cerebral que incluyen consulta con un terapeuta, asesoramiento continuo, y entrenamiento o instrucciones que se enfocan en ayudar al participante a funcionar en situaciones del mundo real.
- **Integración Comunitaria:** Servicios a corto plazo para mejorar la autoayuda, comunicación, socialización y otras habilidades necesarias para vivir en la comunidad, proporcionados durante eventos que cambian la vida, tales como mudarse de un hogar de ancianos, mudarse a una nueva comunidad o de la casa de los padres, u otro cambio que requiera nuevas habilidades.
- **Servicios de Transición Comunitaria:** Gastos únicos, tales como depósitos de seguridad, gastos de mudanza y productos domésticos para los participantes que se mudan de una institución a su propia casa, departamento u otro arreglo de vivienda.
- **Servicios de Asesoramiento:** A fin de que el participante pueda resolver conflictos y problemas familiares, ayuda al participante para que desarrolle y mantenga redes de apoyo positivas, mejore las relaciones personales o la comunicación con los miembros de la familia u otros.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

- **Desarrollo de Habilidades Laborales:** Experiencias de aprendizaje y trabajo, incluido el trabajo voluntario, donde el participante puede desarrollar fortalezas y habilidades para conseguir un trabajo con buen salario.
- **Adaptaciones en el Hogar:** Cambios físicos en el hogar de un participante para que sea un lugar seguro y permitir que el participante sea más independiente en el hogar.
- **Comidas Entregadas a Domicilio:** Comidas preparadas entregadas a los participantes que no pueden preparar u obtener comidas nutritivas para ellos mismos.
- **Asistencia Sanitaria en el Hogar:** Servicios ordenados por un médico que incluyen atención personal, como ayuda para bañarse, control de la condición médica de un participante y ayuda para caminar, equipo médico y ejercicios.
- **Orientación Laboral:** Ayuda para aprender un nuevo trabajo y mantener un trabajo rentable. Podría incluir ayudar al participante a desarrollar apoyos naturales en el lugar de trabajo y trabajar con empleadores o empleados, compañeros de trabajo y clientes para hacer posible que el participante tenga un trabajo remunerado.
- **Búsqueda de Empleo:** Ayuda a encontrar empleos potenciales y que el participante pueda conseguir un trabajo que se ajuste a lo que desee y pueda hacer, y a las necesidades del empleador.
- **Transporte No Médico:** Billetes, fichas y reembolso de millas para ayudar a un participante a llegar a la comunidad y a otras actividades
- **Enfermería:** Servicios de enfermero registrado o auxiliar con licencia ordenados por un médico, los cuales incluyen el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud a través de la enseñanza de salud, asesoramiento de salud y atención calificada prescrita por el médico o dentista.
- **Consulta Nutricional:** Servicios para ayudar al participante y a un cuidador remunerado y no remunerado a planificar comidas que satisfagan las necesidades nutricionales del participante y eviten cualquier alimento problemático.
- **Terapia Ocupacional:** Servicios de un terapeuta ocupacional ordenados por un médico, que incluyen la evaluación de las habilidades de un participante y ayudar a cambiar las actividades diarias para que el participante pueda realizar actividades de la vida diaria.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

- **Apoyos Comunitarios Dirigidos por los Participantes:** Servicios y apoyo para los participantes que desean dirigir sus servicios, contratar a sus propios trabajadores, y mantener un presupuesto para sus servicios según el programa Services My Way, los cuales incluyen ayudar al participante con habilidades básicas de vida tales como comer, beber, ir al baño; y las tareas domésticas, como hacer compras, lavar ropa y limpiar; y ayudar a participar en actividades comunitarias.
- **Bienes y Servicios Dirigidos por los Participantes:** Servicios, equipo o suministros para los participantes que desean dirigir sus servicios y mantener un presupuesto para sus servicios según el programa Services My Way, de modo que puedan ser seguros e independientes en sus hogares y ser parte de su comunidad.
- **Servicios de Asistente Personal:** Ayuda práctica para actividades de la vida diaria, como comer, bañarse, vestirse e ir al baño.
- **Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS):** Dispositivo electrónico que se conecta al teléfono de un participante y se programa para indicar a un centro de respuesta con personal capacitado cuando el participante pulsa un botón portátil de “ayuda” para obtener ayuda en caso de emergencia.
- **Erradicación de Plagas:** Servicios para eliminar insectos y otras plagas del hogar de un participante que, si no se tratan, impedirían que este permanezca en la comunidad debido a un riesgo para la salud y seguridad.
- **Fisioterapia:** Servicios de un fisioterapeuta y ordenados por un médico, que incluyen la evaluación y el tratamiento de un participante para limitar o prevenir la discapacidad después de una lesión o enfermedad.
- **Facilitación Residencial:** Servicios prestados en un entorno propiedad de un proveedor o gestionado por este en el que vive el participante, los cuales incluyen integración comunitaria, asistencia nocturna, servicios de asistencia personal para ayudar con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, moverse y asearse, y las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, realizar las tareas domésticas e ir de compras, a fin de que el participante obtenga las habilidades necesarias para ser lo más independiente posible y pueda participar plenamente en la vida comunitaria.
- **Relevo:** Servicio a corto plazo para apoyar a un participante cuando el cuidador no remunerado está ausente o necesita alivio.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

- **Equipo y Suministros Médicos Especializados:** Elementos que permiten a un participante aumentar o mantener la capacidad de realizar actividades de la vida diaria.
- **Terapia del Habla:** Servicios de un asociado estadounidense del habla-lenguaje-audición o patólogo del habla-lenguaje certificado y ordenado por un médico, que incluyen evaluación, asesoramiento y rehabilitación de un participante con discapacidades del habla.
- **Capacitación de Día Estructurada:** Servicios diurnos en un grupo pequeño dirigidos a preparar a un participante para vivir en la comunidad, que incluyen supervisión, capacitación y apoyo en la capacitación de habilidades sociales.
- **Teleasistencia:** 3 servicios que utilizan la tecnología para ayudar a un participante a ser lo más independiente posible:
  - **Servicios TeleCare de Medición y Monitoreo del Estado de Salud:** usa tecnología inalámbrica o una línea telefónica para recopilar datos relacionados con la salud, como el pulso y la presión arterial para ayudar a un proveedor a saber cuál es la condición del participante y proporcionar educación y consulta.
  - **Servicio TeleCare de Monitoreo de Actividades y Sensores:** utiliza tecnología basada en sensores las 24 horas del día, los 7 días de la semana, mediante el monitoreo a distancia y seguimiento pasivo de las rutinas diarias de los participantes.
  - **Servicio TeleCare de Dispensación y Monitoreo de Medicamentos:** ayuda a un participante a dispensar medicamentos y controlar si el participante toma el medicamento según lo prescrito.
- **Modificaciones del Vehículo:** Cambios físicos en un vehículo o furgoneta que utiliza un participante con necesidades especiales, incluso si el vehículo o la furgoneta es propiedad de un familiar con el que vive el participante o de otra persona que le proporciona el apoyo principal para que el participante pueda usarlo.

### **Apoyo a la Comunidad Dirigido por los Participantes**

El beneficio de Apoyo a la Comunidad Dirigido por los Participantes les permite a los participantes elegir y gestionar su propio proveedor de cuidados directos (DCW). Si elige contratar a su propio DCW, usted (o una persona que usted elija para ser su representante) será designado como el Empleador de Derecho Consuetudinario (CLE). El CLE es responsable de contratar, capacitar y supervisar al DCW. El CLE también debe trabajar con el proveedor de Servicios de Gestión Financiera (FMS) para asegurarse de lo siguiente:

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

- Toda la documentación se completa antes de que el DCW comience a trabajar
- El DCW solo trabaja la cantidad de horas que estén autorizadas en el Person-Centered Service Plan (PCSP) del participante
- El DCW sigue las reglas de verificación electrónica de visitas (EVV) al enviar la cantidad de horas que trabaja
- El DCW y el CLE utilizan el sistema del proveedor FMS para revisar y aprobar todo el tiempo que el DCW trabajó

Es importante que los CLE cumplan con estas responsabilidades para que se le pague al DCW por su tiempo trabajado. El proveedor de FMS gestiona otras responsabilidades relacionadas con el empleador, como la emisión de nóminas y el mantenimiento de registros fiscales.

### Servicios de Centros de Convalecencia

**PA Health & Wellness** cubre los servicios de hogares de ancianos. Un hogar de ancianos tiene licencia para proporcionar servicios de enfermería o atención a largo plazo que ayudan tanto a las necesidades médicas como no médicas de las personas en el hogar de ancianos. Los servicios incluyen enfermería y rehabilitación, ayuda con tareas como vestirse, bañarse, usar el baño, comidas y lavandería u otros servicios que se necesitan de forma regular como parte de un programa de cuidado de la salud planificado.

Si usted no está viviendo en un centro de convalecencia actualmente, antes de que pueda obtener LTSS en un centro de convalecencia, el DHS, luego de consultar con su médico, evaluará si usted es clínicamente elegible para un centro de enfermería (NFCE). Consulte la página **79** de este Manual para obtener una explicación del NFCE. Los servicios de hogares de ancianos también deben estar previamente autorizados por **PA Health & Wellness**.

Si usted vivía en un hogar de ancianos cuando se inscribió en Community HealthChoices, podrá permanecer en ese lugar mientras necesite los servicios que presta dicho lugar. También puede mudarse a otro centro de convalecencia de la red de **PA Health & Wellness** o comunicarse con un Especialista en Inscripción llamando al 844-824-3655 para obtener información sobre otros planes de Community HealthChoices y centro de convalecencia disponibles en la red.

Si se mudó a un centro de convalecencia después de inscribirse en Community HealthChoices, debe dirigirse a un centro de convalecencia de la red de **PA Health & Wellness** o solicitarle a **PA Health & Wellness** que apruebe su estadía en un centro de convalecencia fuera de la red. También puede comunicarse con un Especialista de Inscripción al 844-824-3655 para informarse sobre otros planes de Community HealthChoices y hogares de ancianos de su red.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Si no estaba viviendo en un centro de convalecencia cuando se inscribió por primera vez en Community HealthChoices, pero ahora necesita dichos servicios, debe dirigirse a un centro de convalecencia de la red de **PA Health & Wellness**. También puede comunicarse con un Especialista de Inscripción para conocer sobre otros planes de Community HealthChoices y hogares de ancianos de su red.

### Pago del Paciente por los Servicios de Hogares de Ancianos

Si vive en un centro de convalecencia o tiene que permanecer en uno por un corto tiempo después de una enfermedad o lesión, es posible que tenga que pagar parte de su costo de cuidado cada mes. Esto se denomina su monto de “pago del paciente”.

Cuando solicita Asistencia Médica para el cuidado en un centro de convalecencia, la CAO decide cuál será el costo de su cuidado basado en sus ingresos y gastos. Si tiene preguntas, llame a su CAO al número de teléfono en la página **11** de este Manual o su coordinador de servicios trabajará con usted para ayudarle a entender el costo de su cuidado.

### Programa Estatal Defensor del Pueblo

El Departamento para Adultos Mayores de Pennsylvania dirige el programa Defensoría del Pueblo. Los Defensores del Pueblo se ocupan de las quejas y otros asuntos de las personas que se encuentran en establecimientos de largo plazo, como los hogares de ancianos, centros de vida asistida y hogares de cuidado personal. Los Defensores del Pueblo también proporcionan información sobre los derechos de los residentes en virtud de las leyes estatales y federales.

Puede comunicarse con el programa Ombudsman llamando al Departamento de Servicios para Ancianos de Pennsylvania al 717-783-8975 o visitando el sitio web [www.aging.pa.gov/aging-services/Pages/Ombudsman.aspx](http://www.aging.pa.gov/aging-services/Pages/Ombudsman.aspx)

### Servicios Expandidos de LTSS

**PA Health & Wellness** ofrece los siguientes servicios expandidos y beneficios de valor agregado a nuestros Participantes:

#### Dentales para adultos

- Más allá de la cobertura de Medicaid, los Participantes pueden solicitar un kit de higiene oral.



## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

- Un beneficio de por vida por un valor máximo de \$1000 para dentaduras postizas a participantes Clínicamente Elegibles para Centros de Enfermería Especializados

### Cuidado de la visión para adultos

- Más allá de los servicios cubiertos por Medicaid, \$100 dólares anuales para gafas/contactos para Participantes Clínicamente Elegibles en Centros de Enfermería.

### Programas de Bienestar

- Después de una hospitalización: 14 días de comidas entregadas a domicilio
- Después de una hospitalización: 14 días de cuidados de relevo
- Smart Start para Bebés y biblioteca sobre salud
- Sitio de recursos En Línea de PHW Community Connect
- Resurtido de receta de 90 días para aquellos que no gozan de

### Otros Beneficios de Medicare

- Servicios de coordinación para los participantes que esperan la determinación de elegibilidad de LTSS como ayuda para acceder a los recursos locales
- Ayuda con el proceso de renovación de Asistencia Médica
- El beneficio de transición ayuda a los participantes calificados a trasladarse de un centro de enfermería al hogar con \$5000 para asistencia (\$1000 más que el límite estatal de \$4000)
- Maximizar la Independencia en el Hogar (MIND At Home™) es un programa de coordinación de atención en el hogar para personas con la enfermedad de Alzheimer o demencias relacionadas que viven en la comunidad y para sus cuidadores familiares (disponible para Participantes de LTSS en lugares seleccionados).

## Recuperación de Bienes Raíces

La ley federal exige que se le reembolse al DHS parte de la cantidad de fondos de Asistencia Médica gastada en algunos servicios proporcionados a personas de 55 años o más. Esto se denomina “recuperación de bienes raíces”. El DHS se cobra de los bienes raíces de la persona después de su fallecimiento, no mientras la persona reciba servicios.

Para los participantes de Community HealthChoices, la recuperación de patrimonio se aplica a las cantidades que DHS pagó a **PA Health & Wellness** por los siguientes servicios:

- Servicios de hogares de ancianos

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

- Servicios Comunitarios y en el Hogar
- Atención hospitalaria y medicamentos recetados proporcionados mientras la persona estaba en un hogar de ancianos o recibiendo HCBS

Su Oficina de Asistencia del Condado puede responder cualquier pregunta que tenga sobre la recuperación de bienes raíces. Vea la página **11** de este Manual para consultar el número de teléfono de la CAO.

# **Sección 6:**

## **Instrucciones anticipadas**

## Instrucciones anticipadas

Hay 2 tipos de instrucciones anticipadas: Testamentos Vitales y Poderes Notariales para el Cuidado de la Salud. Estos permiten que sus deseos sean respetados si usted no puede decidir o hablar por sí mismo. Si tiene un Testamento Vital o un Poder Legal para el Cuidado de la Salud, debe entregárselo a su PCP, a otros proveedores y a un familiar o amigo de confianza para que sepan sus deseos.

Si se cambian las leyes relacionadas con las instrucciones anticipadas, **PA Health & Wellness** le informará por escrito el cambio en un plazo de 90 días a partir de este. Para obtener información sobre las políticas de **PA Health & Wellness** relacionadas con las instrucciones anticipadas, incluido cómo obtener información o políticas por escrito comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626-6813 o TTY 711** o visite el sitio web de **PA Health & Wellness** en **PAHealthWellness.com**.

## Testamentos Vitales

Un Testamento Vital es un documento creado por usted. Indica qué cuidado de la salud desea recibir y qué no desea recibir en caso de no poder decirle a su médico u otros proveedores el tipo de atención que desea. Su médico debe tener una copia y confirmar que usted sea incapaz de tomar decisiones por sí mismo para que se use un Testamento Vital. Puede revocar o cambiar un Testamento Vital en cualquier momento.

## Poder Legal de Atención Médica

El Poder Legal para la Atención Médica es diferente a otros tipos de Poderes Legales Durables. Un Poder Legal para la Atención de Médica es un documento en el cual usted le entrega a otra persona el poder de tomar decisiones de tratamiento médico en su nombre si usted es física o mentalmente incapaz de tomarlas por su cuenta. También indica lo que debe suceder para que el Poder Legal entre en vigor. Con el objetivo de crear un Poder Legal para el Cuidado de la Salud puede, pero no tiene la obligación de obtener ayuda legal. Puede comunicarse con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626-6813 o TTY** para obtener más información o instrucciones sobre los recursos cercanos a usted.

## Qué Hacer si un Proveedor No Sigue su Directiva Anticipada

Los proveedores no tienen que seguir su directiva anticipada si no están de acuerdo con ella como cuestión de conciencia. Si su PCP u otro proveedor no desea seguir su

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

instrucción anticipada, **PA Health & Wellness** lo ayudará a encontrar un proveedor que cumpla sus deseos. Comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626-6813 o TTY 711** si necesita ayuda para encontrar otro proveedor.

Si un proveedor no sigue su instrucción anticipada, usted puede presentar un Reclamo. Consulte la página **99** en la Sección 8 de este Manual: Reclamos, Quejas y Audiencias Imparciales para obtener información sobre cómo presentar un Reclamo; o comuníquese con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626-6813 o TTY 711**.

# **Sección 7:**

## **Servicios de Salud Conductual**

# Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

## Servicios de Salud Conductual

La salud conductual incluye tanto los servicios de salud mental como los servicios de tratamiento para los trastornos por abuso de sustancias. Estos servicios se proporcionan a través de organizaciones de atención administrada de salud conductual (BH-MCO) supervisadas por la Oficina de Servicios de Salud Mental y Servicios para el Abuso de Sustancias (OMHSAS) del Departamento de Servicios Humanos.

La información de contacto para BH-MCO se encuentra a continuación. También puede comunicarse con Servicios para Participantes llamando al **1-844-626-6813 o TTY 711** para obtener información de contacto de su BH-MCO. Puede llamar a su BH-MCO al número gratuito disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

BH-MCO	Condados Atendidos	Números de Teléfono
CBH: Servicios Comunitarios de Salud Conductual  Sitio web: <a href="https://cbhphilly.org/members/welcome-to-cbh">https://cbhphilly.org/members/welcome-to-cbh</a>	Philadelphia	1-888-545-2600
CCBHO- Community Care Behavioral Health Organization  Sitio web: <a href="https://members.ccbh.com">https://members.ccbh.com</a>	Adams, Allegheny, Bedford, Bradford, Berks, Blair, Cameron, Carbon, Centre, Chester, Clarion, Clearfield, Clinton, Columbia, Delaware, Elk, Erie, Forest, Greene, Huntingdon, Jefferson, Juniata, Lackawanna, Luzerne, Lycoming, McKean, Mifflin, Montour, Monroe, Northumberland, Pike, Potter, Schuylkill, Snyder, Sullivan, Somerset, Susquehanna, Tioga, Union,	Adams 1-866-738-9849 Allegheny 1-800-553 7499 Bedford 1-866-483-2908 Berks 1-866-292-7886 Blair 1-855-520-9715 Bradford 1-866-878-6046 Cameron 1-866-878-6046 Carbon 1-866-473-5862 Centre 1-866-878-6046 Chester 1-866-622-4228 Clarion 1-866-878-6046 Clearfield 1-866-878-6046 Clinton 1-855-520-9787 Columbia 1-866-878-6046 Delaware 1-833-577-2682 Elk 1-866-878-6046 Erie 1-855-224-1777 Forest 1-866-878-6046 Greene 1-866-878-6046 Huntingdon 1-866-878-6046 Jefferson 1-866-878-6046 Juniata 1-866-878-6046 Lackawanna 1-866-668-4696

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

	Warren, Wayne, Wyoming, York	Luzerne 1-866-668-4696 Lycoming 1-855-520-9787 McKean 1-866-878-6046 Mifflin 1-866-878-6046 Monroe 1-866-473-5862 Montour 1-866-878-6046 Northumberland 1-866-878-6046 Pike 1-866-473-5862 Potter 1-866-878-6046 Schuylkill 1-866-878-6046 Snyder 1-866-878-6046 Sullivan 1-866-878-6046 Susquehanna 1-866-668-4696 Somerset 1-866-483-2908 Tioga 1-866-878-6046 Union 1-866-878-6046 Warren 1-866-878-6046 Wayne 1-866-878-6046 Wyoming 1-866-668-4696 York 1-866-542-0299
MBH: Saludo Conductual de Magellan en Pennsylvania  Sitio web: <a href="https://www.magellanofpa.com/formembers">https://www.magellanofpa.com/formembers</a>	Bucks, Lehigh, Montgomery, Northampton, Cambria	Bucks 1-877-769-9784 Cambria 1-800-424-0485 Lehigh 1-866-238-2311 Montgomery 1-877-769-9782 Northampton 1-866-238-2312
PerformCARE  Sitio web: <a href="https://pa.performcare.org/members/index.aspx">https://pa.performcare.org/members/index.aspx</a>	Cumberland, Dauphin, Franklin, Fulton, Lancaster, Lebanon, Perry	Cumberland 1-888-722-8646 Dauphin 1-888-722-8646 Franklin 1-866-773-7917 Fulton 1-866-773-7917 Lancaster 1-888-722-8646 Lebanon 1-888-722-8646 Perry 1-888-722-8646
Carelon Health of PA, Inc.  Sitio web: <a href="https://pa.carelon.com/members">https://pa.carelon.com/members</a>	Armstrong, Beaver, Butler, Crawford, Fayette, Indiana, Lawrence, Mercer, Washington, Westmoreland, Venango	Armstrong 1-877-688-5969 Beaver 1-877-688-5970 Butler 1-877-688-5971 Crawford 1-866-404-4561 Fayette 1-877-688-5972 Indiana 1-877-688-5969 Lawrence 1-877-688-5975 Mercer 1-866-404-4561 Washington 1-877-688-5976 Westmoreland 1-877-688-5977 Venango 1-866-404-4561



## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

No necesita una derivación de su PCP para obtener servicios de salud conductual, pero su PCP trabajará con su BH-MCO y con los proveedores de salud conductual para ayudarle a obtener la atención que mejor satisfaga sus necesidades. Debe informarle a su PCP si usted tiene un problema de salud mental o de drogas y alcohol.

Los siguientes servicios están disponibles:

- Servicios de apoyo al consumo de Clozapine (Clozaril)
- Servicios hospitalarios de desintoxicación por drogas y alcohol (adolescentes y adultos)
- Servicios hospitalarios de rehabilitación para pacientes hospitalizados por drogas y alcohol (adolescentes y adultos)
- Servicios ambulatorios de drogas y alcohol
- Servicios de mantenimiento de drogas y alcohol con methadone
- Servicios de salud mental basados en la familia
- Laboratorio (cuando esté relacionado con un diagnóstico de salud conductual y prescrito por un profesional de la salud conductual)
- Servicios de intervención ante crisis de salud mental
- Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados
- Servicios de salud mental pacientes ambulatorios
- Servicios de salud mental con hospitalización
- Servicios de apoyo entre pares
- Servicios de administración de casos específicos

Si tiene preguntas acerca del transporte a las citas para cualquiera de estos servicios, comuníquese con su BH-MCO.

**Sección 8:**

**Quejas, Reclamos y Audiencias  
Imparciales**

### Quejas, Reclamos y Audiencias Imparciales

Si un proveedor o **PA Health & Wellness** hace algo con lo que usted no está satisfecho o no está de acuerdo, puede indicarle a **PA Health & Wellness** o al Departamento de Servicios Humanos aquello con lo que no está satisfecho o con lo que no está de acuerdo respecto a lo que hizo el proveedor o **PA Health & Wellness**. Esta sección describe lo que puede hacer y lo que sucederá.

#### Quejas

##### ¿Qué es una Queja?

Un Reclamo tiene lugar cuando le informa a **PA Health & Wellness** que no está satisfecho con **PA Health & Wellness** o con su proveedor o que no está de acuerdo con una decisión de **PA Health & Wellness**.

Algunas cosas de las que puede quejarse:

- No está satisfecho con la atención que recibe.
- No puede obtener el servicio o artículo que desea porque no es un servicio o artículo cubierto.
- No ha recibido servicios que **PA Health & Wellness** aprobó.
- Se le negó una solicitud para no estar de acuerdo con una decisión de que tiene que pagar a su proveedor.

#### Queja de Primer Nivel

##### ¿Qué Debo Hacer si Tengo una Queja?

Para presentar una Queja de primer nivel:

- Comuníquese con **PA Health & Wellness** llamando al **1-844-626-6813** o TTY **711** y presente su Reclamo ante **PA Health & Wellness** o
- Escriba su Reclamo y envíesela a **PA Health & Wellness** por correo, fax o de forma electrónica mediante un correo electrónico seguro o portal web seguro, si está disponible, o
- Si recibió una notificación de **PA Health & Wellness** informándole la decisión de **PA Health & Wellness** y la notificación incluía un formulario de solicitud de Reclamo/Queja, complételo y envíeselo a **PA Health & Wellness** por correo electrónico o fax.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Dirección y número de fax de **PA Health & Wellness** para presentar un Reclamo:  
1700 Bent Creek Blvd., Ste. 200  
Mechanicsburg, PA 17050

Su proveedor puede presentar una Queja en su nombre si usted le otorga su consentimiento por escrito para hacerlo.

### ¿Cuándo Debo Presentar una Queja de Primer Nivel?

Algunas Quejas tienen un límite de tiempo para la presentación. Debe presentar un Reclamo dentro de los **60 días siguientes a haber recibido una notificación** en la que se le informa lo siguiente:

- **PA Health & Wellness** ha decidido que no puede obtener un servicio o artículo que desea porque no es un servicio o artículo cubierto.
- **PA Health & Wellness** no le pagará a un proveedor por un servicio o artículo que usted recibió.
- **PA Health & Wellness** no le informó su decisión sobre una Queja o Reclamo que usted le comunicó a **PA Health & Wellness** dentro del plazo de **30 días** a partir del momento en que **PA Health & Wellness** recibió su Queja o Reclamo.
- **PA Health & Wellness** ha rechazado su solicitud de no estar de acuerdo con la decisión de **PA Health & Wellness** de que debe pagarle a su proveedor.

Debe presentar un Reclamo **dentro de los 60 días a partir de la fecha en que usted debería haber recibido un servicio o artículo** si no recibió dicho servicio o artículo. A continuación, se indica la hora a la que debería haber recibido un servicio o artículo:

#### Nueva cita de Participante para su primer examen...

Participantes con VIH/SIDA

Participantes que reciben Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) todos los demás Participantes

#### Haremos una cita para usted...

con un PCP o especialista antes de los 7 días después de convertirse en Participante de **PA Health & Wellness**, a menos que ya esté recibiendo tratamiento de un PCP o especialista.

con un PCP o especialista antes de los 45 días después de convertirse en Participante de **PA Health & Wellness**, a menos que ya se encuentre bajo tratamiento de un PCP o especialista.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

	con un PCP antes de las 3 semanas después de que usted se convierta en Participante de <b>PA Health &amp; Wellness</b> .
<b>Participantes embarazadas:</b>	<b>Concertaremos una cita para usted. .</b>
embarazadas en su primer trimestre	con un proveedor de OB/GYN dentro de los 10 días hábiles a partir del momento en que <b>PA Health &amp; Wellness</b> se entera de que está embarazada.
embarazadas en su segundo trimestre	con un proveedor de OB/GYN dentro de los 5 días hábiles siguientes a que <b>PA Health &amp; Wellness</b> se entera de que está embarazada.
embarazadas en su tercer trimestre	con un proveedor de OB/GYN dentro de los 4 días hábiles siguientes a que <b>PA Health &amp; Wellness</b> se entera de que está embarazada.
embarazadas con embarazos de alto riesgo	con un proveedor de OB/GYN dentro de las 24 horas siguientes a que <b>PA Health &amp; Wellness</b> se entera de que está embarazada.
<b>Cita con...</b>	<b>Se debe programar una cita. . . .</b>
<b>PCP</b> condición médica urgente cita de rutina evaluación de salud/examen físico general	en el plazo de 24 horas. en el plazo de 10 días hábiles. en el plazo de 3 semanas.
<b>Especialistas (cuando son remitidos por el PCP)</b> condición médica urgente	en un plazo de 24 horas desde la remisión del médico.
cita de rutina con uno de los siguientes especialistas:	en un plazo de 15 días hábiles a partir de la remisión del médico
<ul style="list-style-type: none"><li>• Otorrinolaringología</li><li>• Dermatología</li><li>• Dentista</li></ul>	

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

- Cirugía Ortopédica

cita de rutina con todos los demás especialistas

en un plazo de 10 días hábiles a partir de la remisión del médico

Puede presentar **todas las otras Quejas en cualquier momento.**

### ¿Qué Sucede Después de Presentar una Queja de Primer Nivel?

Después de presentar su Reclamo, recibirá una carta de **PA Health & Wellness** en la que se le indicará que **PA Health & Wellness** ha recibido su Reclamo y se le informará sobre el proceso de revisión de Reclamos de Primer Nivel.

Puede solicitarle a **PA Health & Wellness** ver cualquier información que tenga **PA Health & Wellness** sobre el asunto por el que presentó su Reclamo sin costo. También puede enviar información que tenga sobre su Queja a **PA Health & Wellness**.

Puede asistir a la revisión de la Queja si lo desea. **PA Health & Wellness** le indicará la ubicación, fecha y hora de la revisión del Reclamo al menos 10 días antes del día de dicha revisión. Puede comparecer en el mencionado procedimiento en persona, por teléfono o por videoconferencia. Si decide que no desea asistir a la revisión de la Queja, no afectará la decisión.

Un comité de 1 o más miembros del personal de **PA Health & Wellness** que no estaban involucrados ni trabajan para alguien que haya estado involucrado en el asunto sobre el que usted presentó su Reclamo se reunirá para tomar una decisión pertinente. Si el Reclamo es sobre un asunto clínico, un doctor o dentista licenciado en la misma especialidad o similar del servicio estará en el comité. **PA Health & Wellness** le enviará por correo una notificación dentro de los **30 días** a partir de la fecha en la que presentó su Reclamo de Primer Nivel para informarle de la decisión al respecto. La notificación también incluirá sus derechos sobre lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión.

Si necesita más información sobre la ayuda durante el proceso de Reclamos, consulte la página **100**.

### Qué hacer para seguir recibiendo servicios:

Si ha estado recibiendo los servicios o artículos que ahora se han reducido, modificado o rechazado y presenta un Reclamo verbalmente, o lo envía por fax, con matasellos o electrónicamente mediante un correo electrónico seguro o portal web seguro (si está disponible) o si lo entrega en mano dentro de los 15 días a partir de la fecha de la notificación que le informa que los servicios o artículos que ha recibido no son servicios o artículos cubiertos para usted, dichos servicios o artículos continuarán hasta que se tome una decisión.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

### ¿Qué Sucede si No Estoy Conforme con la Decisión de PA Health & Wellness?

Usted puede solicitar una revisión externa de la Queja, una Audiencia Imparcial, o una revisión externa de la Queja y una Audiencia Imparcial si la Queja es acerca de uno de los siguientes:

- La decisión de **PA Health & Wellness** acerca de que no puede obtener un servicio o artículo que desea porque no es un servicio o artículo cubierto.
- La decisión de **PA Health & Wellness** de no pagarle a un proveedor por un servicio o artículo que usted recibió.
- **PA Health & Wellness** no decidió sobre una Queja o Reclamo que usted le comunicó a **PA Health & Wellness** dentro de los **30 días** desde que **PA Health & Wellness** recibió su Queja o Reclamo.
- No ha recibido un servicio o artículo en el plazo en el que debería haberlo recibido
- La decisión de **PA Health & Wellness** de rechazarle su solicitud de no estar de acuerdo con la decisión de **PA Health & Wellness** acerca de que usted debe pagarle a su proveedor.

Debe solicitar una revisión externa del Reclamo dentro de los **15 días de la fecha en que recibió la notificación de la decisión del Reclamo de Primer Nivel**.

Debe solicitar una Audiencia Imparcial dentro de los **120 días a partir del momento en que recibió la notificación** en la que se informaba la decisión del Reclamo.

Para todas las demás Quejas, puede presentar una Queja de Segundo Nivel dentro de los **45 días de la fecha en que recibió la notificación de decisión de la Queja**.

Para obtener más información sobre Audiencias Imparciales, consulte la página **114**.

Para obtener información sobre la revisión Externa de Reclamos, consulte la página **106**.

Si necesita más información sobre la ayuda durante el proceso de Reclamos, consulte la página **100**.

## Queja de Segundo Nivel

### ¿Qué Debo Hacer si Quiero Presentar una Queja de Segundo Nivel?

Para presentar una Queja de Segundo Nivel:

- Comuníquese con **PA Health & Wellness** llamando al **1-844-626-6813** o **TTY 711** e infórmele su Reclamo de Segundo Nivel a **PA Health & Wellness** o

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

- Escriba su Reclamo de Segundo Nivel y envíeselo a **PA Health & Wellness** por correo, fax o electrónicamente mediante un correo electrónico seguro o portal web seguro, si está disponible, o
- Complete el Formulario de Solicitud de Reclamos incluido en su notificación de decisión del Reclamo y envíeselo a **PA Health & Wellness** por correo o fax.

Dirección y número de fax de **PA Health & Wellness** para Reclamos de Segundo Nivel  
1700 Bent Creek Blvd.  
Ste. 200, Mechanicsburg, PA 17050  
Fax: 1-844-873-7451

### ¿Qué Sucede Después de Presentar una Queja de Segundo Nivel?

Después de presentar su Reclamo de Segundo Nivel, recibirá una carta de **PA Health & Wellness** en la que se le indicará que **PA Health & Wellness** ha recibido su Reclamo y se le informará sobre el proceso de revisión de Reclamos de Segundo Nivel.

Puede solicitarle a **PA Health & Wellness** ver cualquier información que tenga **PA Health & Wellness** sobre el asunto por el que presentó su Reclamo sin costo. También puede enviar información que tenga sobre su Queja a **PA Health & Wellness**.

Puede asistir a la revisión de la Queja si lo desea. **PA Health & Wellness** le indicará la ubicación, fecha y hora de la revisión del Reclamo al menos 15 días antes de dicha revisión. Puede comparecer en el mencionado procedimiento en persona, por teléfono o por videoconferencia. Si decide que no desea asistir a la revisión de la Queja, no afectará la decisión.

Un comité de 3 o más personas, incluido por lo menos 1 persona que no trabaja para **PA Health & Wellness**, se reunirá para decidir sobre su Queja de Segundo Nivel. El personal de **PA Health & Wellness** del comité no debe haber participado ni trabajar para alguien que haya estado involucrado en el asunto sobre el que presentó su Reclamo. Si el Reclamo es sobre un asunto clínico, un doctor o dentista licenciado en la misma especialidad o similar del servicio estará en el comité. **PA Health & Wellness** le enviará por correo una notificación dentro de los **45 días** a partir de la fecha en la que recibió su Reclamo de Segundo Nivel para informarle la decisión pertinente. La carta también incluirá sus derechos sobre lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión.

Si necesita más información sobre la ayuda durante el proceso de Reclamos, consulte la página <b>100</b> .
--

### ¿Qué Sucede si No Estoy Conforme con la Decisión de PA Health & Wellness sobre Mi Reclamo de Segundo Nivel?

Puede solicitar una revisión externa de la Oficina de Atención Administrada del Departamento de Seguros de Pennsylvania.



## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Debe solicitar una revisión externa **dentro de los 15 días de la fecha en que recibió la notificación de la decisión de Queja de Segundo Nivel.**

### Revisión Externa de Quejas

#### ¿Cómo Solicito una Revisión Externa de Quejas?

Debe enviar su solicitud de revisión externa de su Queja por escrito a:

Departamento de Seguros de Pennsylvania  
representante de servicios al consumidor de  
1209 Strawberry Square  
Harrisburg, PA 17120  
Fax: 717-787-8585

También puede ir a la página “Presentar una Queja” en <https://www.insurance.pa.gov/Consumers/Pages/default.aspx> Si necesita ayuda para presentar su solicitud de revisión externa, comuníquese con la Oficina de Servicios al Consumidor llamando al 1-877-881-6388.

Si lo solicita, la Oficina de Servicios al Consumidor le ayudará a presentar su Queja por escrito.

#### ¿Qué Sucede Después de Solicitar una Revisión Externa de Quejas?

El Departamento de Seguros de Pennsylvania obtendrá su expediente de **PA Health & Wellness**. También puede enviarles cualquier otra información que pueda ayudar con la revisión externa de su Queja.

Puede representarlo un abogado u otra persona, como su representante durante la revisión externa.

Se le enviará una carta con decisión después de que se decida. Esta carta le informará todas las razones de la decisión y lo que puede hacer si no está conforme con la decisión.

### Qué hacer para seguir recibiendo servicios:

Si ha estado recibiendo los servicios o artículos que ahora se han reducido, modificado o rechazado y desea continuar recibiendo servicios, debe enviar una solicitud de revisión externa del Reclamo o de Audiencia Imparcial con matasellos, por fax o electrónicamente mediante el Portal en Línea de Servicios al Consumidor de Pennsylvania (CSO), dentro de los 15 días a partir de la fecha de la notificación en la que se le informó la decisión del Reclamo de Primer Nivel de **PA Health & Wellness** respecto a que usted no puede recibir los servicios o artículos que estuvo recibiendo porque no son servicios o artículos cubiertos para usted. Esto debe hacerlo con el fin de seguir recibiendo los servicios hasta que se tome una decisión. Si solicitará tanto una revisión del Reclamo como una Audiencia Imparcial, debe solicitar ambas dentro de los 15 días siguientes a haber recibido la notificación en la que se le informa la decisión de **PA Health & Wellness** respecto al Reclamo de Primer Nivel. Si espera para solicitar una Audiencia Imparcial hasta después de recibir una decisión sobre su Queja Externa, los servicios no continuarán.

## RECLAMOS

### ¿Qué es una queja?

Cuando **PA Health & Wellness** rechaza, reduce o aprueba un servicio o artículo diferente al que solicitó porque no es médicamente necesario, recibirá una notificación sobre la decisión de **PA Health & Wellness**.

Una queja tiene lugar cuando le informa a **PA Health & Wellness** que no está de acuerdo con la decisión de **PA Health & Wellness**.

### ¿Qué Debo Hacer si Tengo un Reclamo?

Cómo presentar un Reclamo:

- Comuníquese con **PA Health & Wellness** llamando al **1-844-626-6813** o **TTY 711** y presente su Queja ante **PA Health & Wellness** o
- Escriba su queja y envíesela a **PA Health & Wellness** por correo, fax o electrónicamente mediante un correo electrónico seguro o portal web seguro, si está disponible, o
- Complete el Formulario de Solicitud de Reclamo/Queja incluido en la notificación de rechazo que recibió de **PA Health & Wellness** y envíeselo a **PA Health & Wellness** por correo o fax.

Dirección y número de fax de **PA Health & Wellness** para presentar una Queja:

1700 Bent Creek Blvd., Ste. 200  
Mechanicsburg, PA 17050  
Fax: 1-844-873-7451

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

O envíe un correo electrónico a:  
[PHWComplaintsandGrievances@PAHealthWellness.com](mailto:PHWComplaintsandGrievances@PAHealthWellness.com)

Su proveedor puede presentar un Reclamo en su nombre si usted le otorga su consentimiento por escrito para hacerlo. Si su proveedor presenta un Reclamo en su nombre, usted no puede presentar un Reclamo aparte por su cuenta.

### ¿Cuándo Debo Presentar un Reclamo?

Debe presentar una Queja en el plazo de **60 días a partir de la fecha en la que recibió la notificación** en la que se le informa sobre el rechazo, disminución o aprobación de un servicio o artículo diferente para usted.

### ¿Qué Sucede Después de Presentar un Reclamo?

Después de presentar su Queja, recibirá una carta de **PA Health & Wellness** en la que se le indicará que **PA Health & Wellness** ha recibido su Queja y se le informará sobre el proceso de revisión de la Queja.

Puede solicitarle a **PA Health & Wellness** ver cualquier información que **PA Health & Wellness** haya utilizado para tomar la decisión sobre el asunto por el que usted presentó la Queja sin costo. También puede enviar la información que tenga sobre su Reclamo a **PA Health & Wellness**.

Puede asistir a la revisión de Reclamos si desea asistir. **PA Health & Wellness** le indicará la ubicación, la fecha y la hora de la revisión de Quejas al menos 10 días antes del día de dicha revisión. Puede comparecer en el mencionado procedimiento en persona, por teléfono o por videoconferencia. Si decide que no desea asistir a la revisión de Reclamos, no afectará a la decisión.

Un comité de 3 o más personas, incluido un doctor o dentista licenciado en la misma especialidad o similar del servicio, se reunirá para decidir su Queja. El personal de **PA Health & Wellness** del comité no debe haber participado ni trabajar para alguien que haya estado involucrado en el asunto sobre el que presentó su Queja. **PA Health & Wellness** le enviará por correo una notificación en el plazo de **30 días** a partir de la fecha en la que recibió su Queja para informarle la decisión pertinente. La notificación también incluirá sus derechos sobre lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión.

Si necesita más información sobre la ayuda durante el proceso de Queja, consulte la página **107**.

### Qué hacer para seguir recibiendo servicios:

Si ha estado recibiendo los servicios o artículos que ahora se han reducido, modificado o rechazado y presenta una Queja verbalmente o la envía por fax, con matasellos, electrónicamente mediante un correo electrónico seguro o portal web seguro si hay disponible o la entrega en mano dentro de los 15 días a partir de la fecha de la notificación que le informa que los servicios o artículos que ha recibido no son servicios o artículos cubiertos para usted, dichos servicios o artículos continuarán hasta que se tome una decisión.

### ¿Qué Sucede si No Estoy Conforme con la Decisión de PA Health & Wellness?

Puede solicitar una revisión externa del Reclamo o una Audiencia Imparcial o puede solicitar una revisión externa del Reclamo y una Audiencia Imparcial. Una revisión externa de Reclamos es una revisión a cargo de un profesional que no trabaja para **PA Health & Wellness**.

Debe solicitar una revisión externa del Reclamo dentro de los **15 días de la fecha en que recibió la notificación de la decisión del Reclamo**.

Debe solicitar una Audiencia Imparcial al Departamento de Servicios Humanos **dentro de los 120 días a partir de la fecha en la que recibió la notificación** que le informa la decisión de la Queja.

Para obtener más información sobre Audiencias Imparciales, consulte la página **114**.

Para obtener información sobre las revisiones externas de Quejas, consulte a continuación

Si necesita más información sobre la ayuda durante el proceso de Queja, consulte la página **107**.

## Revisión Externa de Reclamos

### ¿Cómo Solicito una Revisión Externa de Reclamos?

Para solicitar una revisión externa de Reclamos:

- Comuníquese con **PA Health & Wellness** llamando al **1-844-626-6813** o **TTY 711** y presente su Queja ante **PA Health & Wellness** o
- Escriba su Queja y envíesela a **PA Health & Wellness** por correo a la siguiente dirección: 1700 Bent Creek Blvd., Ste. 200, Mechanicsburg, PA 17050

**PA Health & Wellness** enviará su solicitud de revisión externa de Quejas al Departamento de Seguros de Pennsylvania.

### ¿Qué Sucede Después de Solicitar una Revisión Externa de Reclamos?

**PA Health & Wellness** le enviará su expediente de Queja al revisor. Usted puede proporcionar información adicional que puede ayudar con la revisión externa de su Reclamo al revisor dentro de los 15 días de presentar la solicitud para una revisión externa de su Reclamo.

**PA Health & Wellness** le notificará el nombre, la dirección y el número de teléfono del revisor externo de Quejas. También se le proporcionará información sobre el proceso de revisión externa de Reclamos.

Recibirá una carta sobre la decisión dentro de los 60 días a partir de la fecha en que solicitó la revisión de la Queja. Esta carta le informará todas las razones de la decisión y lo que puede hacer si no está conforme con la decisión.

#### Qué hacer para seguir recibiendo servicios:

Si ha estado recibiendo los servicios o artículos que ahora se han reducido, modificado o rechazado y desea continuar recibéndolos, debe presentar una revisión externa de Quejas verbalmente o enviarla por escrito con un matasellos, por fax o electrónicamente mediante el Portal en Línea de Servicios al Consumidor de Pennsylvania (CSO) o entregarla en mano dentro de los 15 días a partir de la fecha de la notificación que le informa la decisión de la Queja de **PA Health & Wellness**. Esto debe hacerlo para seguir recibiendo los servicios o artículos hasta que se tome una decisión. Si solicitará una revisión externa de la Queja y una Audiencia Imparcial, debe solicitar ambas dentro de los 15 días a partir de la fecha de recepción de la notificación en la que se le informa la decisión de **PA Health & Wellness** respecto a la Queja. Si espera para solicitar una Audiencia Imparcial hasta después de recibir una decisión sobre el Reclamo externo, los servicios no continuarán.

### Quejas y Reclamos Acelerados

#### ¿Qué Puedo Hacer si mi Salud Está en Riesgo Inmediato?

Si su médico o dentista cree que esperar **30 días** para obtener una decisión sobre su Queja o Reclamo podría dañar su salud, usted, su médico o dentista puede solicitar que su Queja o Reclamo se decida más rápido. Para que su Queja o Reclamo se decida más rápido:

- Debe solicitarle a **PA Health & Wellness** una decisión anticipada llamando a **PA Health & Wellness** al **1-800-798-2339** o **TTY 711**, enviando una carta por fax o el Formulario de Solicitud de Reclamos/Quejas al **717-346-7142** o enviando un correo electrónico a **PHWComplaintsandGrievances@PAHealthWellness.com**.
- Su médico o dentista debe enviar por fax una carta firmada al **717-346-7142** dentro de las 72 horas a partir de su solicitud de una decisión anticipada que explique por qué si **PA Health & Wellness** se toma **30 días** para informarle la decisión sobre su Queja o Reclamo podría dañar su salud.

Si **PA Health & Wellness** no recibe una carta de su médico o dentista y la información proporcionada no muestra que tomarse el tiempo habitual para decidir su Queja o Reclamo podría dañar su salud, **PA Health & Wellness** decidirá su Queja o Reclamo en el plazo habitual de **45 días** a partir del momento en que **PA Health & Wellness** recibió su Queja o Reclamo por primera vez.

#### Queja Acelerada y Reclamo Externo Acelerado

Su Reclamo acelerado será revisado por un comité de 3 o más personas, el cual incluye un doctor o dentista licenciado en la misma especialidad o similar del servicio. Los miembros del comité no deben haber participado ni trabajado para alguien involucrado en el asunto sobre el cual usted presentó su Queja.

Puede asistir a la revisión acelerada de Quejas si lo desea. Puede asistir a la revisión del Reclamo en persona, pero es posible que deba presentarse por teléfono o videoconferencia porque **PA Health & Wellness** tiene un corto período para decidir su Reclamo acelerado. Si decide que no desea asistir a la revisión del Reclamo, no afectará la decisión.

**PA Health & Wellness** le informará la decisión sobre su Reclamo dentro de las 48 horas a partir de la fecha en la que **PA Health & Wellness** reciba la carta de su médico o dentista que explica por qué el plazo habitual para decidir su Reclamo perjudicará su salud, o dentro de las 72 Horas desde el momento en el que **PA Health & Wellness** reciba su solicitud de una decisión anticipada, lo que ocurra primero, a menos que le solicite **PA Health & Wellness** que se tome más tiempo para decidir su Reclamo.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Puede solicitarle a **PA Health & Wellness** que se tome hasta 14 días más para decidir su Reclamo. También recibirá una notificación que le indicará los motivos de la decisión y cómo solicitar una revisión externa y acelerada del Reclamo si no está conforme con la decisión.

Si no está conforme con la decisión sobre el Reclamo acelerado, puede solicitar una revisión externa y acelerada del Reclamo al Departamento de Seguros de Pennsylvania dentro de los **2 días hábiles a partir de la fecha en que recibió la notificación de decisión del Reclamo acelerado**. Para solicitar una revisión externa y acelerada de un Reclamo, haga lo siguiente:

- Comuníquese con **PA Health & Wellness** llamando al **1-844-626-6813 o TTY 711** y presente su Reclamo ante **PA Health & Wellness** o
- Envíele un correo electrónico a **PA Health & Wellness** al **PHWComplaintsandGrievances@PAHealthWellness.com**, o
- Escriba su Reclamo y envíeselo a **PA Health & Wellness** por correo o fax: **1700 Bent Creek Blvd., Ste. 200, Mechanicsburg, PA 17050 o por fax: 1-844-873-7451**.
- **PA Health & Wellness** enviará su solicitud al Departamento de Seguros de Pennsylvania dentro de las 24 horas posteriores a su recepción.

### Reclamo Acelerado y Reclamo Externo Acelerado

Un comité de 3 o más personas, incluido un doctor o dentista licenciado en la misma especialidad o similar del servicio, se reunirá para decidir su Queja. Si el Reclamo es sobre servicios dentales, el comité de revisión de Reclamo acelerado incluirá a un dentista. El personal de **PA Health & Wellness** del comité no debe haber participado ni trabajar para alguien que haya estado involucrado en el asunto sobre el que presentó su Queja.

Puede asistir a la revisión de Reclamos acelerados si desea asistir. Puede asistir a la revisión de Quejas en persona, pero es posible que deba presentarse por teléfono o videoconferencia porque **PA Health & Wellness** tiene un corto período para decidir sobre la Queja acelerada. Si decide que no desea asistir a la revisión de Reclamos, no afectará nuestra decisión.

**PA Health & Wellness** le informará la decisión sobre su Queja dentro de las 48 horas a partir de la fecha en la que **PA Health & Wellness** recibe la carta de su médico o dentista explicando por qué el plazo habitual para decidir su Queja perjudicará su salud, o dentro de las 72 horas desde el momento en que **PA Health & Wellness** reciba su solicitud para una decisión anticipada, lo que ocurra primero, a menos que le solicite a **PA Health & Wellness** que se tome más tiempo para decidir su Queja. Puede solicitarle a **PA Health & Wellness** que se tome hasta 14 días más para decidir su Queja. También recibirá una notificación que le indicará los motivos de la decisión y qué hacer si no está conforme.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Si no está conforme con la decisión acelerada del Reclamo, puede solicitar una revisión externa acelerada del Reclamo o una Audiencia Imparcial acelerada a cargo del Departamento de Servicios Humanos o una revisión externa acelerada del Reclamo y una Audiencia Imparcial acelerada. Una revisión externa acelerada del Reclamo es una revisión a cargo de un médico que no trabaja para **PA Health & Wellness**.

Debe solicitar una revisión externa acelerada del Reclamo dentro de los **2 días hábiles a partir de la fecha en que reciba la notificación de la decisión acelerada del Reclamo**. Para solicitar una revisión externa acelerada de un Reclamo:

- Comuníquese con **PA Health & Wellness** llamando al **1-844-626-6813** o TTY **711** y presente su Queja ante **PA Health & Wellness** o
- Envíele un correo electrónico a **PA Health & Wellness** al **PHWComplaintsandGrievances@PAHealthWellness.com**, o
- Escriba su Queja y envíesela a **PA Health & Wellness** por correo o fax: **1700 Bent Creek Blvd., Ste. 200, Mechanicsburg, PA 17050** o por fax: **1-844-873-7451**.

**PA Health & Wellness** enviará su solicitud al Departamento de Seguros de Pennsylvania dentro de las 24 horas posteriores a su recepción.

Debe solicitar una Audiencia Imparcial dentro de los **120 días a partir del momento en que recibió la notificación** en la que se le informa la decisión de la Queja acelerada.

### ¿Qué tipo de ayuda puedo recibir con los procesos de Reclamo y Queja?

Si necesita ayuda para presentar su Queja o Reclamo, un miembro del personal de **PA Health & Wellness** lo ayudará. Esta persona también puede representarlo durante el proceso de Queja o Reclamo. No tiene que pagar por la ayuda de un miembro del personal. Este miembro del personal no habrá estado involucrado en ninguna decisión sobre su Queja o Reclamo.

También puede tener un familiar, amigo, abogado u otra persona que le ayude a presentar su Queja o Reclamo. Esta persona también puede ayudarle si decide que desea presentarse en la revisión de Quejas o Reclamos.

En cualquier momento durante el proceso de Queja o Reclamo, puede hacer que alguien que conoce lo represente o actúe por usted. Si usted decide que alguien lo represente o actúe en su nombre, infórmele a **PA Health & Wellness**, por escrito, el nombre de esa persona y cómo **PA Health & Wellness** puede contactarla.

Usted o la persona que elija para representarlo puede solicitarle a **PA Health & Wellness** ver cualquier información que tenga **PA Health & Wellness** respecto al asunto por el que presentó una Queja o Reclamo sin costo.



## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Puede llamar al número de teléfono gratuito de **PA Health & Wellness** al **1-844-626-6813** o **TTY 711** si necesita ayuda o tiene preguntas sobre Quejas y Reclamos. Puede comunicarse con su oficina local de asistencia jurídica llamando al **1-800-274-3258** o llamar a Pennsylvania Health Law Project al 1-800-274-3258.

### Personas Cuyo Idioma Primario No es Inglés

Si solicita servicios lingüísticos, **PA Health & Wellness** le proporcionará los servicios sin costo alguno.

### Personas con Discapacidades

**PA Health & Wellness** les proporcionará a las personas con discapacidades la siguiente ayuda para presentar Quejas y Reclamos sin costo, si corresponde. Esta ayuda incluye:

- Intérpretes de lengua de señas calificados;
- Entrega de información presentada por **PA Health & Wellness** en la revisión de Quejas o Reclamos en un formato alternativo. La versión en formato alternativo se le entregará antes de la revisión; y
- Posibilidad de contar con alguien que lo ayude a copiar y presentar la información.

## AUDIENCIAS IMPARCIALES DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

En algunos casos, puede solicitarle al Departamento de Servicios Humanos que celebre una audiencia porque no está satisfecho o no está de acuerdo con algo que hizo o no hizo **PA Health & Wellness**. Estas audiencias se llaman “Audiencias Imparciales”. Puede solicitar una Audiencia Imparcial después de que **PA Health & Wellness** decida su Reclamo de Primer Nivel o su Queja.

### ¿Por qué Motivo Puedo Solicitar una Audiencia Imparcial y Cuándo debo Solicitar una Audiencia Imparcial?

Su solicitud para una Audiencia Imparcial debe tener matasellos o enviarse por fax dentro de los **120 días a partir de la fecha de la notificación** que le informa la decisión de **PA Health & Wellness** sobre su Reclamo de Primer Nivel o Queja respecto a lo siguiente:

- El rechazo de un servicio o elemento que desea porque no es un servicio o elemento cubierto.
- El rechazo de pago a un proveedor por un servicio o artículo que recibió y el proveedor puede cobrarle por el servicio o artículo.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

- **PA Health & Wellness** no decidió sobre un Reclamo de Primer Nivel o Queja que usted le comunicó a **PA Health & Wellness** dentro de los **30 días** siguientes a que **PA Health & Wellness** recibiera su Queja o Reclamo.
- El rechazo de su solicitud de no estar de acuerdo con la decisión de **PA Health & Wellness** acerca de que debe pagarle a su proveedor.
- El rechazo de un servicio o artículo, la disminución de un servicio o artículo, o la aprobación de un servicio o artículo diferente del servicio o artículo solicitado porque no era médicamente necesario.
- No recibe un servicio o artículo en el plazo en el que debería haberlo recibido.

También puede solicitar una Audiencia Imparcial en un plazo de 120 días a partir de la fecha de la notificación que le comunica que **PA Health & Wellness** no decidió sobre un Reclamo o Queja de Primer Nivel que usted le informó a **PA Health & Wellness** dentro de los **30 días** a partir del momento en que **PA Health & Wellness** recibió su Queja o Reclamo.

### ¿Cómo Solicito una Audiencia Imparcial?

Su solicitud de Audiencia Imparcial debe realizarse por escrito. Puede completar y firmar el Formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial incluido en la notificación de la decisión sobre la Queja o Reclamo o escribir y firmar una carta.

Si escribe una carta, debe incluir la siguiente información:

- Su nombre (del Participante) y fecha de nacimiento;
- Un número de teléfono para que podamos localizarlo durante el día;
- Si desea tener la Audiencia Imparcial en persona o por teléfono;
- Las razones por las que solicita una Audiencia Imparcial; y
- Una copia de cualquier carta que usted recibió sobre el asunto por el cual solicita una Audiencia Imparcial.

Debe enviar su solicitud para una Audiencia Imparcial a la siguiente dirección:

Department of Human Services  
OLTL/Forum Place 6th FL  
CHC Complaint, Grievance and Fair Hearings  
P.O. Box 8025  
Harrisburg, PA 17105-8025  
Fax: 717-346-7142

### ¿Qué Sucede Después de Solicitar una Audiencia Imparcial?

Recibirá una carta de la Oficina de Audiencias y Apelaciones del Departamento de Servicios Humanos en la que se le indicará dónde se llevará a cabo la audiencia y la fecha y hora de esta. Recibirá esta carta por lo menos 10 días antes de la fecha de la audiencia.

## Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024

Puede venir a donde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial o ser incluido por teléfono. Un miembro de la familia, amigo, abogado u otra persona puede ayudarle durante la Audiencia Imparcial. **DEBE** participar en la Audiencia Imparcial.

**PA Health & Wellness** también asistirá a su Audiencia Imparcial para explicar por qué **PA Health & Wellness** tomó la decisión o explicar lo que sucedió.

Puede solicitarle a **PA Health & Wellness** que le proporcione cualquier expediente, informe y otra información del asunto por el que usted solicitó su Audiencia Imparcial sin costo.

### ¿Cuándo se Decidirá la Audiencia Imparcial?

La Audiencia Imparcial se decidirá dentro de los 90 días a partir del momento en que usted presentó su Queja o Reclamo ante **PA Health & Wellness**, sin incluir la cantidad de días entre la fecha de la notificación escrita de la decisión de **PA Health & Wellness** sobre el Reclamo de Primer Nivel o la decisión de Queja y la fecha en que solicitó una Audiencia Imparcial.

Si ha solicitado una Audiencia Imparcial porque **PA Health & Wellness** no le ha comunicado su decisión sobre una Queja o Reclamo que usted le informó a **PA Health & Wellness** dentro de los **30 días** a partir de la fecha en que **PA Health & Wellness** recibió su Queja o Reclamo, su Audiencia Imparcial se decidirá dentro de los 90 días a partir del momento en que usted presentó su Queja o Reclamo ante **PA Health & Wellness**, sin incluir la cantidad de días entre la fecha de la notificación que le indica que **PA Health & Wellness** no pudo decidir oportunamente su Queja o Reclamo y la fecha en que solicitó una Audiencia Imparcial.

El Departamento de Servicios Humanos le enviará la decisión por escrito y le dirá qué hacer si no está conforme con la decisión.

Si su Audiencia Imparcial no se decide dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que el Departamento de Servicios Humanos recibe su solicitud, puede recibir sus servicios hasta que se decida su Audiencia Imparcial. Puede llamar al Departamento de Servicios Humanos al 1-800-798-2339 para solicitar sus servicios.

### Qué hacer para seguir recibiendo servicios:

Si ha estado recibiendo los servicios o artículos que ahora se han reducido, modificado o rechazado, debe enviar una Audiencia Imparcial con matasellos, por fax o entregarla en mano dentro de los 15 días a partir de la fecha de la notificación que le informa la decisión de **PA Health & Wellness** respecto al Reclamo de Primer Nivel o la Queja para seguir recibiendo los servicios o artículos hasta que se tome una decisión.

## **Audiencia Imparcial Acelerada**

### **¿Qué Puedo Hacer si mi Salud Está en Riesgo Inmediato?**

Si su médico o dentista cree que esperar el plazo habitual para decidir una Audiencia Imparcial podría dañar su salud, puede pedir que la Audiencia Imparcial se lleve a cabo con mayor rapidez. Esto se denomina una Audiencia Imparcial acelerada. Puede solicitar una decisión anticipada si llama al Departamento al 1-800-757-5042 o envía por fax una carta o el formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial al 717-346-7142. Su médico o dentista debe enviar por fax una carta firmada al 717-346-7142 explicando por qué tomarse la cantidad de tiempo habitual para decidir su Audiencia Justa podría perjudicar su salud. Si su médico o dentista no envía una carta, debe testificar ante la Audiencia Imparcial para explicar por qué tomarse la cantidad de tiempo habitual para decidir su Audiencia Imparcial podría dañar su salud.

La Oficina de Audiencias y Apelaciones programará una audiencia telefónica y le informará sobre su decisión dentro de los 3 días hábiles posteriores a la solicitud de una Audiencia Imparcial.

Si su médico no envía una declaración por escrito y no testifica en la Audiencia Imparcial, la decisión de la Audiencia Imparcial no será acelerada. Se programará otra audiencia y la Audiencia Imparcial se decidirá dentro del plazo habitual para decidir una Audiencia Imparcial.

Puede llamar al número de teléfono gratuito de **PA Health & Wellness** al **1-844-626-6813** si necesita ayuda o tiene preguntas sobre Audiencias Imparciales. Puede comunicarse con su oficina local de asistencia jurídica al **1-800-274-3258** o llamar a Pennsylvania Health Law Project al 1-800-274-3258.

# Manual Modelo para Participantes de Community HealthChoices 2024



1700 Bent Creek Blvd.,  
Ste. 200  
Mechanicsburg, PA  
17050

PAHealthWellness.com

1-844-626-6813

TDD/TTY (Personas con Discapacidad  
Auditiva): 711

©2023 PA Health & Wellness. Todos los derechos reservados.