



GUÍA DE COMPRA DEL SERVICIO

08/JUL/2015	SERVICIOS DE SALUD (MÉDICOS/DENTALES)	FINAL
--------------------	--	--------------

I. DEFINICIÓN

ELARC considerará la compra de servicios de salud especializados (es decir, servicios especializados que se refieren a servicios, apoyos y adaptaciones de servicios genéricos dirigidos al alivio de una discapacidad del desarrollo) [Código de Previsión Social (WIC) 4512 (b), WIC 4685 (c)(1)], bajo ciertas circunstancias excepcionales, según sea necesario para la evaluación o el tratamiento. Normalmente, no se incluyen el tratamiento en la sala de urgencias ni los servicios de salud rutinarios; sin embargo, pueden ocurrir circunstancias excepcionales y estas se revisarán caso por caso.

II. CRITERIOS

ELARC considerará la compra de servicios de salud especializados solo cuando no haya otra fuente de pago disponible. “Los fondos del centro regional no se utilizarán para suplantar el presupuesto de cualquier agencia que tenga la responsabilidad legal de servir a todos los miembros del público en general y que esté recibiendo fondos públicos para proveer esos servicios” [sección 4648 del WIC, Subd. (a)(8)]. Por lo tanto, se espera que los consumidores y sus familias primero paguen los servicios de atención médica, utilicen las instalaciones del Departamento de Salubridad (Department of Health Services) del condado, otros recursos genéricos disponibles o servicios de bajo costo.

ELARC considerará el financiamiento de servicios de salud especializados (médicos/dentales) una vez que se le provea al centro regional la documentación de una negativa de Medi-Cal, de un seguro particular o de un plan de servicios de atención médica y el centro regional (ELARC) determine que una apelación a la negativa por parte del consumidor o su familia no tiene fundamento [sección 4659 del WIC (d)].

ELARC puede pagar por la salud (servicios médicos/dentales) durante los siguientes períodos:

1. Mientras se busca la cobertura, pero antes de que se presente una negativa.
2. Mientras se espera una decisión administrativa final sobre la apelación administrativa si la familia provee evidencia de que se está llevando a cabo una apelación.
3. Hasta el comienzo de los servicios por parte Medi-Cal, seguro particular, o un plan de servicios de atención médica [sección 4659 del WIC, Subd. (d)(1)(A)(B)(C)].

Si ELARC determinara que un servicio de salud en el IPP es necesario, entonces también podría considerar el financiamiento del copago, el coaseguro o el deducible asociado con el

plan de atención médica particular o genérico que acepte la responsabilidad de la cobertura del servicio y que sea responsabilidad del padre, tutor o cuidador, si se satisfacen todas las siguientes condiciones: (1) El consumidor tiene cobertura del plan de servicios de atención médica o de la póliza del seguro médico de su padre, tutor o cuidador. (2) La familia tiene un ingreso bruto anual (*Annual Gross Income, AGI*) que no excede el 400 por ciento del índice federal de pobreza (*Federal Poverty Level, FPL*). El Programa de Participación de la Familia en los Costos de Servicios (*Family Cost Participation Program, FCPP*) se usará para determinar que el AGI no exceda el 400% del FPL para el caso de la familia. (3) No hay ningún tercero que sea responsable del costo del servicio.

ELARC puede hacer una excepción para financiar copagos, coaseguro o deducibles de un consumidor cuyo ingreso familiar exceda el 400 por ciento del índice federal de pobreza, cuando el servicio sea necesario para mantener de forma satisfactoria al niño en casa o al consumidor adulto en el ambiente menos restrictivo y los padres o consumidores puedan demostrar uno o más de lo siguiente: (1) La existencia de un evento extraordinario que afecte la habilidad del padre, tutor o cuidador de satisfacer las necesidades de cuidado y supervisión del niño o afecte la habilidad del padre, tutor o cuidador con un plan de servicios de atención médica o póliza de seguro médico para pagar el copago, el coaseguro o el deducible. (2) La existencia de una pérdida catastrófica que limite temporalmente la habilidad de pagar. (3) Costos médicos significativos no reembolsados asociados con el cuidado del consumidor o de otro niño que también sea consumidor del centro regional.

De acuerdo con la sección 4648 del WIC, (a)(16), y en efecto desde el 01/JUL/2009, ELARC no debe comprar tratamientos experimentales, servicios terapéuticos o dispositivos cuya eficacia o seguridad no se hayan determinado clínica o científicamente y cuyos riesgos y complicaciones se desconozcan.

III. CANTIDAD DE SERVICIO

- A. Para un solicitante en el proceso de evaluación (estatus 0) se puede considerar la compra de los servicios de diagnóstico de salud si la División de Evaluación y Servicios Especiales (*Assessment & Special Services Division, A & SSD*) determina que las evaluaciones son necesarias para determinar si se reúnen los requisitos para recibir un servicio.
- B. Para un consumidor en riesgo de retraso del desarrollo / intervención temprana (estatus 1), se puede considerar la compra de los servicios de salud si son “necesarios para permitir que un niño se beneficie de los otros servicios de intervención temprana... durante el tiempo en que el niño esté recibiendo los otros servicios de intervención temprana” (Título 34, C.F.R. 303.16 (a)). Estos servicios deben ser de práctica estándar, necesarios para el cuidado y no experimentales.
- C. Para un consumidor activo (estatus 2) se puede considerar la compra de los servicios de salud especializados si el servicio solicitado está incluido, según el equipo de planificación, en un objetivo del IPP [sección 4648 del WIC] y es de práctica estándar, médicamente necesario para aliviar una discapacidad del desarrollo y no experimental.

IV. OTRAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Programas de solvencia (*Ability to Pay*) en centros médicos y clínicas del condado, Medi-Cal, Medicare, los HMO, CCS y EPSDT, planes de atención médica particulares, seguros particulares, CHAMPUS, Beneficios de la Administración de Veteranos (*Veteran's Administration Benefits*), etc.

Además, según la sección 4659 del WIC (c), en efecto desde el 01/JUL/2009, ELARC no comprará ningún servicio que de otro modo estaría disponible en Medi-Cal, Medicare, el Programa de Salud y Médico Civil de las Fuerzas Armadas (*Civilian Health and Medical Program for Uniform Services*), servicios de apoyo a domicilio (*In-Home Support Services*, IHSS), California Children's Services, seguros particulares o un plan de servicio de atención médica cuando un consumidor o familia cumplan con los criterios de esta cobertura, pero decide no buscar la cobertura.

V. PROCESO DE COMPRA DEL SERVICIO

- A. Después de platicar con el consumidor o representante legalmente autorizado con respecto a una solicitud de servicio como parte del proceso del equipo de planificación, el coordinador de servicios llena un formulario R1-11 con el mayor detalle posible, lo firma, obtiene la firma de su supervisor y lo envía con el historial al secretario de Servicios Especiales (Special Services). La documentación de las agencias proveedoras de servicios de salud del consumidor debe ser actual dentro de los últimos 6 meses, y se deben suministrar las negativas/documentos escritos para evidenciar que se han agotado todos los demás recursos para el pago. Todas las solicitudes deben presentarse al secretario de Servicios Especiales por lo menos cuatro semanas antes de la fecha prevista del servicio, acordada por el equipo de planificación, ya que no se considerarán solicitudes de financiamiento retroactivas para la compra de servicios.
- B. El especialista clínico adecuado revisará la solicitud para dar su retroalimentación y recomendaciones sobre si la solicitud de servicio está clínicamente indicada y la documentación enviada es adecuada para respaldar esta solicitud. Si es así, el especialista clínico adecuado firmará el R1-11 y lo devolverá al coordinador de servicios a través del secretario de Servicios Especiales para que el asistente de oficina de la unidad respectiva programe las citas y haga el trámite. El pago será según la tarifa de la SMA o de la agencia proveedora de servicios.

Si el especialista clínico adecuado tiene inquietudes y recomienda cambios en la solicitud, esto se reflejará en un Formulario de Revisión de Nota/Circular/Formulario/Registro (*I.D. Note/Memo/Record Review Form*) del equipo interdisciplinario (I.D.), que se devolverá junto con el R1-11 al coordinador de servicios para compartir con el equipo de planificación.
- C. Cuando el equipo de planificación acuerde continuar con los cambios del

servicio de salud según lo recomendado por el especialista clínico aplicable, el coordinador de servicios lo anotará en una circular, adjuntará el R1-11 y una copia del Formulario de Revisión de Nota/Circular/Registro del I.D. original llenado por el médico y enviado a través del secretario de Servicios Especiales para la firma del especialista clínico. El R1-11 se devolverá al coordinador de servicios para que el asistente de la unidad respectiva programe las citas y haga el trámite. El pago será según la tarifa del SMA o de la agencia proveedora de servicios.

VI. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL SERVICIO

Los comentarios de retroalimentación del consumidor/familia, la información obtenida a través del proceso de planeación centrado en la persona y la revisión de los informes de evaluación, los planes de tratamiento y el progreso por parte de un especialista clínico adecuado son los mecanismos para evaluar la eficacia del servicio.