



GUÍA DEL COMPRA DEL SERVICIO

04/OCT/2018	EQUIPO MÉDICO	FINAL
--------------------	----------------------	--------------

I. DEFINICIÓN

Los equipos médicos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, dispositivos adaptativos, elevadores, máquinas médicas y monitores. Un profesional debidamente acreditado debe prescribir el equipo médico.

II. CRITERIOS

ELARC puede ayudar a los consumidores con la compra de equipos médicos relacionados con la discapacidad del desarrollo cuando se considere necesario para mantener el estado de salud/físico del consumidor o para permitir que el individuo goce de mayor independencia. Se deben realizar evaluaciones adecuadas y revisar los resultados y las recomendaciones antes de considerar la compra de equipos.

Se puede considerar la compra de equipo médico cuando todas las fuentes alternativas de financiamiento se hayan agotado [sección 4648 de WIC, Subd. (a)(8)].

Si el equipo médico es una necesidad médica, ELARC considerará la compra del producto una vez que se hayan suministrado al centro regional los documentos de una negativa de Medi-Cal, de un seguro particular o de un plan de servicios de atención médica y que el centro regional determine que una apelación a la negativa por parte del consumidor o su familia no tiene fundamento.

El centro regional puede pagar por equipos médicos durante los siguientes períodos:

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

Si un servicio o apoyo provisto de conformidad con el IPP/IFSP de un consumidor lo paga, en su totalidad o en parte, el plan de servicios de atención médica o la póliza de seguro de salud del padre, tutor o cuidador del consumidor, el centro regional podrá, cuando sea necesario garantizar que el consumidor reciba el servicio o el apoyo, pagar cualquier copago, coaseguro o deducible correspondiente asociado con el servicio o apoyo del cual el padre, tutor o cuidador es responsable si se cumplen todas las condiciones siguientes:

(1) El consumidor está cubierto por el plan de servicios de atención médica o póliza de seguro de salud de su padre, tutor o cuidador.

(2) La familia tiene un ingreso bruto anual que no excede el 400 por ciento del índice federal de pobreza (*Federal Poverty Level*).

(3) No hay ningún otro tercero que tenga responsabilidad por el costo del servicio o apoyo, según lo dispuesto en la subdivisión (a) de la sección 4659 y artículo 2.6 (comenzando con la sección 4659.10).

(b) Si un servicio o apoyo proporcionado a un consumidor de 18 años de edad o más, en virtud de su IPP lo paga en su totalidad o en parte el plan de servicios de atención médica del consumidor o la póliza de seguro de salud, el centro regional podrá, cuando sea necesario para asegurar que el consumidor reciba el servicio o el apoyo, pagar cualquier copago, coaseguro o deducible aplicable asociado con el servicio o apoyo del cual el consumidor es responsable si se cumplen las dos condiciones siguientes:

(1) El consumidor tiene un ingreso bruto anual que no excede el 400 por ciento del índice federal de pobreza.

(2) No hay ningún otro tercero que sea responsable del costo del servicio o apoyo, según lo dispuesto en la subdivisión (a) de la sección 4659 y el artículo 2.6 (comenzando con la sección 4659.10).

Un centro regional puede pagar un copago, coaseguro o deducible asociado con el plan de servicios de atención médica o la póliza de seguro de salud por un servicio o apoyo proporcionado de conformidad con el IPP/IFSP de un consumidor si los ingresos del consumidor o de su familia exceden el 400 por ciento del índice federal de pobreza, si el servicio o el apoyo es necesario para mantener con éxito al niño en casa o al consumidor adulto en el entorno menos restrictivo, y si los padres o el consumidor demuestran uno o más de los siguientes puntos:

(1) La existencia de un evento extraordinario que afecte la capacidad de satisfacer las necesidades de cuidado y supervisión del niño del padre, tutor o cuidador o que afecte la capacidad de pagar el copago, coaseguro o deducible del padre, tutor o cuidador, o consumidor adulto con un plan de servicios de atención médica o póliza de seguro de salud.

(2) La existencia de una pérdida catastrófica que limite temporalmente la capacidad de pago del padre, tutor, o cuidador, o consumidor adulto con un plan de servicio de atención médica o póliza de seguro de salud y que cause un impacto económico directo en la familia o el consumidor adulto. Para los efectos de este párrafo, la pérdida catastrófica puede incluir, entre otros, los desastres naturales y accidentes que implican lesiones graves a un miembro de la familia inmediata.

(3) Gastos médicos no reembolsables significativos asociados con el cuidado del consumidor u otro niño que también es un consumidor del centro regional.

(d) El padre, tutor o cuidador de un consumidor o un consumidor adulto con un plan de servicios de atención médica o póliza de seguro de salud deberá autocertificar el ingreso anual bruto de la familia al centro regional proporcionando copias de los comprobantes de salarios e ingresos W-2, talones de nómina, una copia de la declaración de impuestos estatales del año anterior u otros documentos y pruebas de otros ingresos.

(e) El padre, tutor o cuidador de un consumidor o un consumidor adulto con un plan de servicios de atención médica o póliza de seguro de salud es responsable de notificar al centro regional cuando se produzca un cambio en los ingresos que daría lugar a un cambio en el cumplimiento de los requisitos para recibir la cobertura del plan de servicios de atención médica o de los copagos de la póliza de seguro médico, coaseguro o deducibles.

(f) Los documentos presentados de conformidad con esta sección se considerarán como registros obtenidos en el transcurso de la provisión de admisión, evaluación y servicios, y serán confidenciales de conformidad con la sección 4514.

(g) Esta sección no se implementará de manera que sea incongruente con los requisitos de la parte C de la Ley Federal para la Educación de las Personas con Discapacidades (*Federal Education with Disabilities Act*) [20 U.S.C. Sec. 1431 *et seq.*].

ELARC considerará copagos, coaseguros o deducibles solo hasta la escala de subsidio máximo (*Schedule of Maximum Allowance, SMA*) para el servicio real.

En efecto desde el 01/JUL/2009, la sección 4648 del WIC (a)(15) prohíbe a los centros regionales comprar dispositivos experimentales que no hayan sido clínicamente probados o que no haya demostrado científicamente ser efectivos o seguros o para los cuales se desconocen los riesgos y las complicaciones.

III. CANTIDAD DE SERVICIO

La cantidad de servicio se basará por artículo. En algunos casos, se puede explorar más de una cotización o tipos alternativos de equipo. El especialista clínico adecuado revisará el servicio.

IV. OTRAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Según la sección 4659 del WIC, el centro regional identificará y buscará todas las fuentes posibles de financiamiento para los consumidores que reciben servicios del centro regional. Estas fuentes incluirán, entre otras, las siguientes:

(1) Entidades o programas gubernamentales o de otro tipo requeridos para suministrar o pagar el costo de la prestación de servicios, incluyendo Medi-Cal, Medicare, el Programa de Salud y Médico Civil de las Fuerzas Armadas (*Civilian Health and Medical for Uniform Services*), los distritos escolares y los ingresos de seguridad suplementaria federales y el programa

complementario estatal, California Children's Services, EPSDT, CHAMPUS, los planes de salud privados, HMO, Beneficios de Veteranos (*Veteran's Benefits*), el Departamento de Rehabilitación (Department of Rehabilitation), los programas de solvencia (*Ability to Pay*) en los centros médicos y las clínicas del condado, la Sociedad de Ayuda a Personas Convalecientes (*Convalescent Aid Society*), etc.

(2) Las entidades privadas, en la medida en que sean responsables del costo de los servicios, la ayuda, el seguro o la asistencia médica al consumidor.

(b) Los ingresos recaudados por un centro regional de conformidad con esta sección se usarán para cubrir el costo de los servicios antes de usar los fondos del centro regional para dichos servicios. Estos ingresos no resultarán en una reducción en el presupuesto de compra de servicios del centro regional, excepto en lo que se refiere al ingreso federal suplementario del seguro y el programa suplementario estatal.

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 la 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 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.

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 del Equipo Interdisciplinario (I.D.) (*I.D. Note/Memo/Record Review Form*) 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 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.
- D. El jefe de Servicios al Consumidor (Consumer Services) revisará cualquier artículo cuyo precio de compra supere los \$500.00 dólares.

VI. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL SERVICIO

El equipo de planificación, los informes de los terapeutas, la revisión por parte del especialista adecuado y los comentarios de los consumidores/familiares servirán como mecanismo para evaluar la eficacia del servicio o el apoyo.