



## **GUÍA DE COMPRA DEL SERVICIO**

|                    |                            |              |
|--------------------|----------------------------|--------------|
| <b>04/OCT/2018</b> | <b>SUMINISTROS MÉDICOS</b> | <b>FINAL</b> |
|--------------------|----------------------------|--------------|

### **I. DEFINICIÓN**

Los suministros médicos incluyen, entre otros, artículos de vestir, suministros de ostomía, catéteres y suplementos nutricionales. Un médico debidamente acreditado debe prescribir los suministros médicos.

ELARC puede ayudar a los consumidores con la compra de suministros médicos relacionados con la discapacidad del desarrollo cuando se consideren médicamente necesarios para mantener el estado de salud del consumidor o para permitir que el individuo goce de una mayor independencia.

### **II. CRITERIOS**

ELARC puede comprar suministros médicos para los consumidores de cualquier edad que requieran los suministros con el fin de mantener su estado de salud o para permitirles gozar de una mayor independencia.

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

En efecto desde el 01/JUL/2009, un centro regional no comprará suministros/servicios de salud (médicos o dentales) para un consumidor de tres años de edad o más, a menos que el centro regional disponga de los documentos de una negativa de Medi-Cal, de un seguro particular o de un plan servicios de atención médica y el centro regional determine que la apelación de la negativa por parte del consumidor o su familia no tiene fundamento.

El centro regional puede pagar los suministros/servicios médicos solo durante los siguientes períodos:

1. Mientras se busca la cobertura y se ha proporcionado documentación de esta a ELARC, pero antes de que se presente una negativa.
2. Mientras se espera 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).

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 tenga responsabilidad por el 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.

Conforme a la sección 4648 del WIC (a)(15), en efecto el 01/JUL/2009, ELARC no comprará tratamientos experimentales, servicios terapéuticos o dispositivos que no hayan sido clínicamente probados o que no hayan demostrado científicamente ser efectivos o seguros o para los cuales se desconocen los riesgos y las complicaciones.

### **III. CANTIDAD DE SERVICIO**

El monto del servicio se basará en los resultados de la evaluación y en la revisión de la idoneidad de las recomendaciones. En algunos casos, se puede explorar más de una cotización o tipos alternativos de suministros. El especialista clínico adecuado revisará el servicio.

#### **IV. OTRAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Seguros particulares, fideicomisos privados, Medi-Cal, Medicare, California Children's Services, EPSDT, CHAMPUS, los planes de salud privados, los HMO, Beneficios de Veteranos (*Veteran's Benefits*), Departamento de Rehabilitación (Department of Rehabilitation), programas de solvencia (*Ability to Pay*) en los centros médicos y las clínicas del condado, etc.

ELARC no adquiriría 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 for Uniform Services*), servicios de apoyo a domicilio (*In-Home Support Services*), California Children's Services, seguros particulares o un plan de servicios de atención médica cuando un consumidor o su familia cumplen con los criterios de esta cobertura, pero opta por no buscar dicha cobertura [WIC 4659 (c)].

El costo de proveer servicios o apoyos de calidad equiparable por parte diferentes agencias proveedoras de servicios, si están disponibles, será revisado, y se seleccionará la agencia proveedora de servicios equiparables menos costosa disponible, incluyendo el costo del transporte, que pueda cumplir con la totalidad o parte del plan de programa individual del consumidor, congruente con las necesidades particulares del consumidor o su familia identificadas en el IPP [sección 4648 de WIC, Subd. (a)(6) (D)].

#### **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 y todos los documentos correspondientes al secretario de Servicios Especiales (Special Services). Los documentos de las agencias proveedoras de servicios de salud del consumidor deben tener las actualizaciones de los últimos 6 meses, y se deben suministrar las negativas/documentos escritos para evidenciar que se han agotado todas las demás fuentes para el pago. Todas las solicitudes R1-11 deben enviarse 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 los documentos enviados son adecuados para respaldar esta solicitud. Si es así, el especialista clínico adecuado firmará el R1-11 y se lo devolverá al coordinador de servicios 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 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 de I.D. original llenado por el médico y enviado a través del secretario de Servicios Especiales para que lo firme el 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 de la SMA o de la agencia proveedora de servicios.

## **V. 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. Si la duración del uso excede un año, la compra de suministros se evaluará anualmente, sobre la base de los informes médicos actualizados y las recomendaciones.