



GUÍA DE COMPRA DEL SERVICIO

08/JUL/2015

TERAPIA OCUPACIONAL (OT) / TERAPIA FÍSICA (PT)

FINAL

I. DEFINICIÓN

La terapia ocupacional se define como el tratamiento para las personas que promueve la salud y el bienestar a través del movimiento. Permite a las personas participar en las actividades de la vida cotidiana al mejorar su capacidad de participar o al modificar el ambiente para apoyar mejor la participación. La terapia física se define como el tratamiento para las personas que alivia el dolor, desarrolla o restaura la función motriz y mantiene el desempeño al usar una variedad de medios físicos.

II. CRITERIOS

ELARC puede comprar los servicios de OT/PT, en circunstancias especiales, para consumidores mayores de 22 años que ya no están en el sistema escolar y para niños en edad escolar que requieran terapia suplementaria. Todos los servicios de terapia OT/PT comprados los debe suministrar un terapeuta acreditado y cualificado para cada tipo de servicio.

En todos los casos, se puede considerar la compra de este servicio cuando se hayan agotado todas las demás fuentes alternativas de financiamiento, lo que abarca seguros particulares, fideicomisos privados, Medi-Cal u otras fuentes públicas de atención de la salud disponibles para el público en general [sección 4648 del Código de Previsión Social (WIC), Subd. (a)(8)].

ELARC puede comprar los servicios de OT/PT para un consumidor adulto cuando se considere necesario para que el consumidor adulto mantenga su estado actual y evite la regresión de la condición física.

Para los consumidores en edad escolar menores de 22 años y que se encuentren inscritos actualmente en un programa escolar, el sistema de educación especial o California Children's Services son la fuente principal para la provisión de los servicios de OT/PT. En efecto desde el 01/JUL/ 2009, según la sección 4648 (a) de WIC, se encuentra suspendida la autoridad de un centro regional para comprar servicios educativos para niños de tres a diecisiete años de edad, ambos inclusive, a la espera de la implementación del presupuesto de elección individual (*Individual Choice Budget*, ICB) y de la certificación por parte del director de Servicios del Desarrollo (Developmental Services) de que el ICB se ha implementado y que resultará en ahorros en el presupuesto estatal suficientes para compensar el costo de la provisión de estos servicios.

Se puede conceder una excepción a título individual en circunstancias extraordinarias para permitir la compra del servicio cuando el centro regional determine que el servicio es un medio principal o crítico para paliar los efectos físicos, cognitivos o psicosociales de la discapacidad de desarrollo del consumidor o el servicio es necesario para permitir que el consumidor permanezca en casa y no hay servicio alternativo disponible que satisfaga las necesidades del consumidor [sección 4648.5 (c) del WIC].

En circunstancias especiales, se puede proveer la OT/PT para los consumidores en edad escolar cuando se haya determinado que se requiere terapia suplementaria para evitar la regresión física si los servicios de terapia no se prestan durante las vacaciones escolares o si otras circunstancias individuales evitarían que el sistema educativo prestara los servicios necesarios. Se debe iniciar un procedimiento de audiencia equitativa con el sistema escolar antes de buscar el financiamiento de ELARC. Esto abarca las circunstancias especiales en las cuales se requiere la OT/PT durante un período temporal, durante las vacaciones escolares o para los servicios continuos.

Todos los documentos de soporte de las agencias proveedoras de servicios de salud del consumidor deben tener las actualizaciones de los últimos 6 meses, el IEP reciente y las negativas/documentos escritos deberán indicar que se han agotado todas las demás fuentes para el pago.

Si ELARC identifica el servicio de OT/PT como necesario en el IPP, entonces también puede considerar el financiamiento del copago, coaseguro o deducible asociado con el plan de salud particular o genérico que acepta la responsabilidad de la cobertura del servicio y 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 (AGI) que no excede el 400 por ciento del índice federal de pobreza (*Federal Poverty Level, FPL*). Se deberá usar la escala del Programa de Participación de la Familia en los Costos (*Family Cost Participation Program*) para determinar que el AGI no exceda el 400% del FPL para la familia. (3) No existe otro tercero que sea responsable del costo del servicio.

ELARC puede hacer una excepción para financiar los copagos, coaseguros o deducibles para un consumidor cuyo ingreso familiar excede 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 entorno menos restrictivo y los padres o el consumidor puedan demostrar 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 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. (3) Los gastos médicos no reembolsables significativos asociados con el cuidado del consumidor u otro niño que también es un consumidor del centro regional.

III. CANTIDAD DE SERVICIO

La cantidad y la duración del servicio variarán y serán con base en las recomendaciones actuales, los aportes de la familia y las evaluaciones disponibles. Se puede solicitar una evaluación previa al financiamiento de este servicio para determinar la cantidad adecuada del servicio y el especialista clínico adecuado revisará el servicio.

IV. OTRAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO

En efecto desde el 01/JUL/ 2009, según la sección 4659 (c) del WIC, los centros regionales no comprarán ningún servicio que se podría proveer mediante fuentes genéricas. El centro regional primero explorará estas fuentes, incluyendo, entre otras: fideicomisos privados, seguros particulares, Medi-Cal, Medicare, California Children's Services, el sistema escolar de educación especial, EPSDT, CHAMPUS, planes de salud privados, los HMO, Beneficios para Veteranos (*Veteran's Benefits*), el Departamento de Rehabilitación (Department of Rehabilitation), programas de solvencia (*Ability to Pay*) en centros y clínicas del condado, etc.

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). 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 correspondiente 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 lo indicará en un Formulario de Revisión de Nota/Circular/Registro del Equipo Interdisciplinario (ID) (*I.D. Note/Memo/Record Review Form*) que se enviará con el R1-11 y el historial al especialista médico para que lo revise y lo firme. 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 conforme a la tarifa de la SMA o de la agencia proveedora de servicios.

Si el especialista clínico tiene inquietudes y recomienda cambios en la solicitud, esto se reflejará en un Formulario de Revisión de Nota/Circular/Formulario/Registro del 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 correspondiente, 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 que lo firme el médico especialista. 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 conforme a la tarifa de la SMA o de la agencia proveedora de servicios.

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. Si la duración del servicio excede los seis meses, será necesario evaluar la compra del servicio cada seis meses o con mayor frecuencia, según lo que recomiende el especialista.