



## **GUÍA DE COMPRA DEL SERVICIO**

<b>24/OCT/2016</b>	<b>SERVICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS</b>	<b>FINAL</b>
--------------------	--	--------------

### **I. DEFINICIÓN**

Los medicamentos recetados son aquellos que receta un médico con licencia, los despacha una farmacia con licencia y son de tipo y dosis tal que se prohíbe comprarlos de manera libre. Como se define más adelante en esta política, el uso de estos medicamentos se relaciona con la discapacidad del desarrollo, como medicamentos antiepilépticos para controlar las convulsiones o medicamentos contra la ansiedad para reducir los comportamientos problemáticos, y se deben considerar médicamente necesarios para mantener el estado de salud/salud mental del consumidor.

### **II. CRITERIOS**

Eastern Los Angeles Regional Center (ELARC) puede considerar la compra de medicamentos recetados cuando se hayan agotado todas las demás fuentes de financiamiento. “Los fondos del centro regional no se deberán usar para sustituir el presupuesto de cualquier agencia que tenga la responsabilidad legal de atender a todos los miembros del público en general y que reciba fondos para proveer dichos servicios” [WIC sección 4648 (a)(8)].

Las recetas deben ir respaldadas por una evaluación médica e informes de laboratorio que indiquen el diagnóstico y los síntomas por los que se recetan los medicamentos, corroboren la intervención del medicamento y provean el monitoreo de los niveles terapéuticos del medicamento. Una farmacia proveedora de servicios de ELARC debe surtir las recetas y los medicamentos deben estar en el formulario de Medi-Cal. Primero se deben utilizar los medicamentos genéricos y se requieren los documentos médicos para las recetas de medicamentos de marca, documentos que deben mencionar la razón por la que no se recetan los medicamentos genéricos (por ejemplo, que el genérico ha producido efectos secundarios indeseables en las pruebas; se ha demostrado que el genérico no es efectivo para controlar los síntomas).

ELARC considerará financiar los servicios de salud especializados (medicamentos recetados por motivos médicos) una vez que el centro regional haya recibido los documentos de negativa de Medi-Cal, de un seguro particular o de un plan de servicios médicos y el centro regional (ELARC) determine que la apelación de la negativa de parte del consumidor o su familia no tiene fundamento.

ELARC puede pagar los servicios de salud especializados (medicamentos recetados por motivos médicos) 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 de una decisión administrativa final sobre la apelación y la familia provee evidencias a ELARC de que se está llevando a cabo una apelación.
3. Hasta el comienzo de los servicios por parte de Medi-Cal, de un seguro particular, o de un plan de servicios de atención médica [WIC sección 4659, Subd. (d)(1)(A)(B) (C)].

Si ELARC identifica el medicamento recetado como necesario en el IPP, entonces también puede considerar el financiamiento del copago, coaseguro o deducible asociado con el plan de salud privado 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 limita 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**

Los medicamentos recetados se deben despachar en las cantidades y dosis que ordene el médico con licencia según se indique en la receta escrita. Si la duración de uso de un medicamento recetado excede de un año, se debe evaluar la receta y actualizarse anualmente con base en los informes médicos y de laboratorio actuales.

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

Seguros particulares, fideicomisos privados, Medi-Cal, California Children's Services, EPSDT, CHAMPUS, Medicare, clínicas de salud del condado, Beneficios para los Veteranos (*Veteran's Benefits*), el Departamento de Rehabilitación (Department of Rehabilitation) y otras fuentes públicas de atención de la salud disponibles para el público en general. En efecto desde el 01/JUL/ 2009, se revisó el Código de Previsión Social (WIC) 4659 (c) para incluir que los centros regionales no comprenden ningún servicio que estaría disponible en Medi-Cal, Medicare, 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 optan por no buscar dicha cobertura.

## **V. PROCESO DE COMPRA DEL SERVICIO**

- A. El coordinador de servicios llena el R11 con tanto detalle como sea posible, lo firma, obtiene la firma de su supervisor y lo envía con el historial al secretario de Servicios Especiales (Special Services). Los documentos del médico del consumidor deben tener las actualizaciones de los últimos 6 meses, y se deben proveer las negativas/documentos escritos para evidenciar que se han agotado todas las demás fuentes para el pago.
- B. Todas las solicitudes de R1-11 se deben enviar antes de que se despachen los medicamentos recetados.
- C. 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 el especialista médico 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.) (*ID Note/Memo/Record Review Form*) que se devolverá junto con el R1-11 al coordinador de servicios para compartir con el equipo de planificación.
  - 1. Si se aprueba, el especialista médico firmará el R1-11 y lo devolverá con el historial al coordinador de servicios para que el asistente de oficina de la unidad correspondiente lo tramite y se envíe a la unidad fiscal/administrativa de ELARC.
  - 2. Si se niega, el especialista médico devolverá el R1-11 y el historial al coordinador de servicios con un Formulario de Revisión de Nota/Circular/Formulario/Registro del I.D. donde indique la razón de la negativa.
- D. La unidad fiscal/de administración de ELARC tramita el R1-11 para su financiamiento.

## **V. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL SERVICIO**

La información obtenida a través del proceso de planeación centrado en la persona, los informes del médico, la revisión del especialista correspondiente y los comentarios de los consumidores/familiares serán los mecanismos para evaluar la eficacia del servicio.