



## GUÍA DE COMPRA DEL SERVICIO

08/JUL/2015	TERAPIA DEL HABLA	FINAL
-------------	-------------------	-------

### I. DEFINICIÓN

La terapia del habla se define como una prueba de diagnóstico especializado y tratamiento preventivo y correctivo para personas con trastornos del habla y del lenguaje, que pueden incluir, sin limitarse a, habla, lenguaje, cognición, comunicación, voz, deglución o fluidez. Estos servicios se deben considerar necesarios con base en la opinión clínica informada.

ELARC puede comprar la terapia del habla para consumidores mayores de 22 años de edad que hayan salido del sistema escolar o para niños en edad de ir a la escuela que puedan necesitar terapia suplementaria. Todos los servicios de terapia del habla que se compren se deben proveer mediante un terapeuta del habla acreditado y cualificado.

### II. CRITERIOS

En todos los casos, la compra de este servicio se puede considerar cuando se hayan agotado todas las demás fuentes alternativas de financiamiento, las cuales incluyen al seguro particular, fideicomisos privados, Medi-Cal u otras fuentes de atención médica pública disponibles al público en general, WIC Sección 4648, Subd. (a)(8).

ELARC puede comprar servicios de terapia del habla para un consumidor adulto cuando el equipo de planificación y la revisión del especialista clínico adecuado lo consideren necesario para mantener el estado actual del consumidor y para evitar la regresión de su condición física.

Para consumidores en edad de ir a la escuela menores de 22 años y que actualmente estén inscritos en un programa escolar, el sistema de educación especial es la principal fuente de provisión de servicios de terapia del habla. En circunstancias especiales, se puede proveer terapia del habla para consumidores en edad de ir a la escuela cuando el equipo de planificación haya determinado que la terapia del habla suplementaria podría ser necesaria; que habrá un retraso importante en el inicio de la terapia del habla; que habrá una regresión importante si los servicios de terapia del habla no se proveen durante las vacaciones escolares, o si otras circunstancias individuales evitan que el sistema de educación especial provea los servicios necesarios.

**En todas las situaciones anteriores, se debe iniciar un procedimiento de audiencia imparcial con el sistema escolar antes de buscar el financiamiento de ELARC.**

Si ELARC determinara que un servicio de terapia del habla 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*). La Lista del 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 el consumidor 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.

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

La cantidad y duración del servicio variará y se basará en las recomendaciones y evaluaciones actuales. Generalmente se solicita una evaluación antes del financiamiento de este servicio para determinar la cantidad y duración adecuadas del servicio y el especialista clínico pertinente también debe revisar el servicio.

Toda la documentación de respaldo de los proveedores de servicios de salud del consumidor debe estar al día en un período de 6 meses; los IEP recientes y la documentación y denegación por escrito deben incluir que se han agotado todos los recursos de pago.

### **IV. OTROS RECURSOS DE FINANCIAMIENTO**

Fideicomisos privados, seguro particular, Medi-Cal, Medicare, California Children's Services, el sistema escolar de educación especial, EPSDT, CHAMPUS, planes de atención médica particulares, los HMO, Administración de Beneficios de Veteranos (*Veteran's Administration Benefits*), el Departamento de Rehabilitación (Department of Rehabilitation), programas de solvencia (*Ability to Pay*) en centros médicos y clínicas del condado, etc.

ELARC no debe comprar ningún servicio que estaría disponible con Medi-Cal, Medicare, el Programa de Salud y Médico Civil de las Fuerzas Armadas (*The Civilian Health and Medical Program for Uniform Services, CHAMPUS*), servicios de apoyo a domicilio (*In-Home Support Services, IHSS*), California Children's Services, seguro particular o un plan de servicios de atención médica cuando un consumidor o familia reúna los criterios de esta cobertura, pero

decida no buscarla [WIC 4659 (c)].

## V. PROCESO DE COMPRA DEL SERVICIO

- A. Después de analizar una solicitud de servicio con el consumidor o representante legalmente autorizado como parte del proceso del equipo de planificación, el coordinador de servicios llena un formulario R1-11 lo más detallado posible, lo firma, obtiene la firma de su supervisor y lo entrega con el historial y toda la documentación pertinente al secretario de Servicios Especiales (Special Services). Todas las solicitudes R-11 se deben entregar al secretario de Servicios Especiales por lo menos cuatro semanas antes de la fecha esperada del servicio, acordada por el equipo de planificación, ya que no se considerarán solicitudes de financiamiento retroactivo para la compra del servicio.
- B. El especialista clínico adecuado revisará la solicitud para que dé sus aportes o recomendaciones sobre si la solicitud de servicio está clínicamente recomendada y la documentación presentada es adecuada para respaldar esta solicitud. Si así fuera, el especialista clínico reflejará esto en un Formulario de Revisión de Registros / Circular / Nota de I.D. (*I.D. Note/Memo/Record Review Form*), que se enviará con el R1-11 y el historial al médico especialista para que lo revise y firme. El R1-11 se devolverá al coordinador de servicios para que el asistente de la oficina de la unidad respectiva programe citas y lo procese. El pago será a la tarifa de SMA o de la agencia proveedora de servicios.

Si el especialista clínico tiene preocupaciones y recomienda modificaciones a la solicitud, estas se reflejarán en un Formulario de Revisión de Registros / Circular / Nota del ID, que se enviará con el R1-11 al coordinador de servicios para que lo comparta con el equipo de planificación.

- C. Tras el acuerdo del equipo de planificación para proceder con el servicio según la recomendación del especialista clínico correspondiente, el coordinador de servicios lo anotará en la circular, adjuntará el formulario R1-11 y una copia del formulario de Revisión de Registros / Circular / Nota del ID que llenó originalmente el médico clínico y los enviará mediante el secretario de Servicios Especiales para la firma del médico especialista.
- El formulario R1-11 se devolverá al coordinador de servicios para que el asistente de la oficina de la unidad respectiva programe citas y lo procese. El pago será a la tarifa de SMA o de la agencia proveedora de servicios.

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

El equipo de planificación, los informes del terapeuta, la revisión del especialista adecuado y la retroalimentación del consumidor/familia serán los mecanismos para evaluar la eficacia del servicio. Si la duración del servicio excede seis meses, la compra del servicio tendrá que evaluarse cada seis meses o con mayor frecuencia, según lo que recomiende el especialista.