

Programa de Inicio Temprano

Una Guía Sobre Seguros de Salud

Para padres con hijos desde recién nacidos
hasta 3 años con retrasos en el desarrollo



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
¿Por qué recibí esta guía y por qué es importante?	4
¿Cómo uso esta guía?	4
¿Por dónde comenzar?	4
SECCIÓN 1 – El papel del Centro Regional	5
¿Deben evaluar a mi hijo tanto el Centro Regional como mi plan de salud?	5
SECCIÓN 2 – Hacer una cita con el doctor de su hijo	6
¿Cuál es el papel del doctor de mi hijo o del proveedor de atención primaria?	6
SECCIÓN 3 – Conocer el seguro de salud de su hijo	7
¿Qué tipo de plan de salud tiene mi hijo?	7
Tipos de seguros de salud – ¿Cuál es la diferencia?	7
Características del plan	7
Tipos de planes de atención médica administrada	8
¿Por qué necesito saber qué tipo de seguro de salud tiene mi hijo?	8
Tipos de planes de salud	8
HMO – Organización para el mantenimiento de la salud	8
PPO – Organización de proveedores preferidos	9
POS – Plan de punto de servicio	9
Cuenta de ahorro de salud (HSA) y Plan de alto deducible	9
Plan de salud autoasegurado (Plan autoasegurado de empleador único)	9
Medi-Cal	9
Plan de salud conductual o Beneficios separados	10
Programa Healthy Families (HFP)	10
Plan de salud infantil de Kaiser (CHP)	10
TRICARE	10
Programas de salud no relacionadas a seguros	10
CCS – Servicios para los niños de California	10
CHDP – Programa para la salud y prevención de discapacidades en los niños	11
¿Cómo obtengo información sobre el plan de salud de mi hijo?	11

SECCIÓN 4 – Obtener servicios a través del plan de salud de su hijo	12
¿Cómo puedo solicitar servicios a través del plan de salud de mi hijo?	12
¿Cómo se determina si el plan de salud aprobará servicios para mi hijo?	12
¿Están cubiertos los servicios?	12
¿Son médicamente necesarios los servicios?	13
¿Hay un plan de tratamiento para mi hijo?	13
Remisiones continuas	14
¿Por cuáles proveedores pagará el plan de salud?	14
¿Cuánto tiempo debo esperar para una cita?	14
¿Qué tan lejos debo de ir para ver a un proveedor?	14
¿Pagará el plan de salud por servicios en el hogar?	14
¿Cuánto tiempo debo esperar para recibir una decisión de mi plan de salud?	14
Negaciones	15
Apelar a una decisión del plan de salud	16
Comenzar con el plan de salud de su hijo	16
Pasos a seguir si su plan de salud niega servicios a su hijo	16
Cómo presentar una apelación, reconsideración o queja	17
Su carta de apelación	17
Obtener ayuda con su apelación	17
¿Qué hago si mi plan de salud niega la apelación?	17
Solicitar una Revisión médica independiente	17
¿Puedo comunicarme directamente con el Centro de ayuda de HMO o al Departamento de seguros?	18
Solicitar una audiencia estatal	18
¿Dónde puedo ir por ayuda?	19
SECCIÓN 5 – Cómo ser un poderoso defensor de su hijo	20
Conocer sus derechos	20
La información de salud de su hijo	20
Asistencia en su lenguaje	20
Derechos de los miembros del plan de salud	20
Mantener un buen inscripción	20
Las 3 P: estar Preparado, tener Paciencia y ser Persistente	21
RECURSOS: Información y ayuda	22
GLOSARIO	29

INTRODUCCIÓN

¿Por qué recibí esta guía y por qué es importante?

Esta guía le ayudará a aprender a cómo usar el plan de salud para obtener servicios médicos para su bebé (recién nacido hasta tres años) que padece de retrasos en el desarrollo.

Esta guía explicará cómo el cambio del 2009 de la Ley de Servicios de Intervención Temprana de California, la ley que gobierna el programa de Inicio Temprano de los Centros Regionales de California, afecta cómo su bebé obtiene servicios.

El cambio requiere que los padres soliciten servicios médicos a través del plan de salud de su hijo. El Centro Regional puede proporcionar estos servicios sólo si el plan de salud de su hijo no cubre los servicios.

La ley aplica a servicios médicos que son parte del programa Inicio Temprano. Entre estos servicios se incluyen terapia del habla y el lenguaje, terapia física, terapia ocupacional y análisis conductual aplicado.

Usted recibió esta guía porque:

- El Centro Regional ha determinado que su hijo es elegible para el Programa de Inicio Temprano.
- Su hijo puede necesitar terapia del habla y el lenguaje, terapia física, terapia ocupacional o análisis conductual aplicado.

¿Cómo uso esta guía?

Use esta guía para comprender cómo trabajar con los doctores y proveedores de su hijo, su plan de salud y el Centro Regional para obtener servicios para su bebé.

Al final de la guía, hay un Glosario que explica los términos usados en la guía, y una sección sobre recursos e información para obtener más ayuda e información de contacto.

Consejos útiles: Busque los “Consejos útiles” a lo largo de esta guía. Éstos le dan información que puede:

- o Ayudarle a encontrar los servicios y proveedores que busca, y
- o Evitar retrasos al obtener servicios.

¿Por dónde comenzar?

Puede parecer algo abrumador, pero dé un paso a la vez. Esta guía contiene:

Sección 1 – El papel del Centro Regional

- ¿Qué servicios proporciona el Centro Regional?
- ¿Es mi hijo elegible para los servicios de Inicio Temprano?

Sección 2 – Hacer una cita con el doctor de su hijo

- Conocer el papel del doctor de su hijo, y
- Conocer los papeles de otros proveedores de cuidado de la salud.

Sección 3 – Conocer el seguro de salud de su hijo

- ¿Qué tipo de plan tiene?
- ¿Cuánto pagará?
- ¿Cuáles servicios están cubiertos?
- ¿Cuáles son las reglas del plan?

Sección 4 – Obtener servicios a través del plan de salud de su hijo

Sección 5 – Cómo ser un poderoso defensor de su hijo

- ¿Cuáles son sus derechos?
- ¿Cómo puedo ser el mejor defensor de mi hijo?

1 El papel del Centro Regional

Si recibió esta guía, es probable que su hijo haya sido evaluado por el Centro Regional y se determinó que es elegible para el programa de Inicio Temprano. El Centro Regional asigna a un administrador del caso y le ayudará con los servicios de soporte. Sin embargo, debido a que la ley del estado de California cambió en 2009, **las familias deben usar su plan de salud para servicios médicos**, si su plan cubre estos servicios. Las terapias física, ocupacional y del habla y del lenguaje se incluyen en los “servicios médicos”.

La ley cambió cuando California enmendó la Ley de Servicios de Intervención Temprana de California (Sección 95004 (b)(1) del Código de Gobierno) a través del proyecto de ley por vía rápida para el presupuesto de 2009. Ahora la ley establece que “el seguro privado de una familia para servicios médicos o un plan de servicios de atención médica identificada en el plan de servicio familiar individualizado, que no sea para evaluación y valoración, deberá usarse en cumplimiento con las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables”.

iConsejo útil!

Recuerda la Ley Lanterman, que es la ley que gobierna los servicios del Centro Regional. La Sección 4659 de la Ley Lanterman establece que, después de que el Centro Regional paga por un servicio, debe de “identificar y buscar todas las fuentes posibles para obtener fondos... [para el servicio] incluyendo las entidades privadas” como los planes de salud.

El Centro Regional es “pagador de último recurso”. Esto significa que el Centro Regional puede pagar por los servicios sólo después de que el plan de salud y los demás pagadores hayan cumplido con sus obligaciones legales para pagar. Puede ser útil mencionar esta disposición a su plan de salud, particularmente si tratan de remitirlo de vuelta al Centro Regional.

El Centro Regional proporcionará servicios de terapia del habla y del lenguaje, terapia ocupacional o terapia física para niños en el programa de Inicio Temprano para los que se consideren necesarios estos servicios:

- Si puede mostrar que estos servicios no son cubiertos por su plan de salud: Su Guía para los miembros, Evidencia de cobertura (EOC) o una carta de su plan de salud debe declarar que su plan no cubre los servicios.
- Si ha agotado sus apelaciones a través del sistema de seguros de salud (vea la página 12: Sección 4, Obtener servicios a través del plan de salud de mi hijo): Su documentación debe mostrar que el plan de salud ha negado sus apelaciones y que usted no es elegible para una

Revisión médica independiente (IMR), o que una agencia estatal ha negado su apelación.

- Mientras espera una decisión sobre su solicitud de servicios o su apelación y si su hijo califica para servicios de Inicio Temprano, el Centro Regional proporcionará servicios a su hijo mientras que espera. Los servicios comenzarán en no más de 45 días después de que el Centro Regional determine que su hijo es elegible. Debe demostrar que ha solicitado los servicios de su plan de salud o que está apelando la negación de su solicitud al plan de salud.

iConsejo útil!

Mantenga informado a su administrador del caso del Centro Regional sobre su progreso con su plan de salud.

¿Deben evaluar a mi hijo tanto el Centro Regional como mi plan de salud?

El sistema de atención médica y el sistema de Centros Regionales son sistemas separados. Cada uno usa su propia serie de criterios para decidir si su hijo es elegible por servicios. Su hijo puede ser elegible para uno de los sistemas y no el otro.

El Centro Regional determina si su hijo es elegible para el programa de Inicio Temprano, el Programa de Prevención, o ninguno. Si su hijo es elegible para el programa de Inicio Temprano, el Centro Regional pagará por ciertos servicios médicos (por ejemplo, terapia del habla, ocupacional o física) pero sólo si su seguro de salud no paga por ellos.

El plan de salud de su hijo casi siempre requerirá que los proveedores del plan de salud evalúen a su hijo. El plan de salud puede usar información de la evaluación del Centro Regional como parte de su propia evaluación. Aunque algunas partes de la evaluación pueden ser iguales, algunas son diferentes.

Considere que tanto el Centro Regional como su plan de salud revisarán periódicamente el progreso de su hijo para decidir si se requieren cambios en los tratamientos.

iConsejos útiles!

- o Contacte a ambos el Centro Regional y el plan de salud de su hijo.
- o No necesita esperar para completar una evaluación antes de comenzar la otra. De hecho puede ayudar a su hijo obtener servicios más rápido al hacer tanto la evaluación del Centro Regional como la evaluación del plan de salud al mismo tiempo.
- o Si obtiene los resultados de una evaluación antes de completar el otro, puede compartir los resultados para una posible revisión y consideración.

2 Hacer una cita con el doctor de su hijo

¿Cuál es el papel del doctor de mi hijo o del proveedor de atención primaria?

Para poder hacer el mejor uso del sistema de atención médica, y para obtener los servicios que su hijo necesita a través de su plan de salud, debe comenzar con una visita al doctor de su hijo.

El doctor de su hijo (proveedor) puede ser un socio clave para obtener los servicios que su hijo necesita.

- Ya sea su doctor u otro proveedor del plan de salud evaluará y diagnosticará a su hijo. Esta evaluación es independiente a la evaluación del Centro Regional, y le ayudará a determinar cuáles servicios serán proporcionados por su plan de salud.
- Si usted y el doctor deciden que su hijo necesita de servicios por retrasos en el desarrollo, su doctor remitirá a su hijo con un terapeuta u otros profesionales.

El terapeuta tratante o su doctor recomendará servicios y desarrollarán un plan de tratamiento.

¡Consejos útiles!

- o Si aún no está seguro sobre el diagnóstico de su hijo o del plan de tratamiento sugerido, puede pedir una segunda opinión de otro doctor.
- o Si ya conoce al terapeuta que quiere que vea a su hijo, hágaselo saber a su doctor, y asegúrese que esa persona esté en la red de su plan de salud. Si el terapeuta no está dentro de la red de su plan de salud, sugiera al terapeuta que se inscriba en la red del plan de salud.
- o Si el plan no cuenta con un terapeuta adecuado, usted o su doctor puede solicitar al plan de salud que apruebe servicios del terapeuta fuera de la red del plan de salud.

- A veces el doctor de su hijo puede remitirlo directamente a un terapeuta o un proveedor de salud mental; a veces el doctor debe obtener autorización del plan de salud o del grupo médico.
- Su plan de salud usualmente necesitará hacer una evaluación para decidir si el niño es elegible para los servicios y a menudo requerirá un plan de tratamiento antes de aprobar servicios específicos cubiertos.
- Se necesita que el doctor y los especialistas de su hijo participen en obtener la aprobación de su plan de salud. Deben proporcionar la información clínica sobre su hijo y su condición la cual la aseguradora de salud usará para su decisión sobre si va a pagar los servicios solicitados.
- El doctor de su hijo también puede remitirlo al Centro Regional para ayuda.

¡Consejo útil!

- o El doctor de su hijo puede y debe proporcionar información clínica al Centro Regional para el proceso de evaluación por parte del Centro Regional. Sin embargo, antes de compartir cualquier información personal sobre usted o su hijo con el Centro Regional, su doctor debe obtener su consentimiento.

3 Conocer el seguro de salud de su hijo

Hay muchas palabras que describen el seguro de salud y las compañías que lo proporcionan. En esta guía, usamos “plan de salud” dando a entender cualquier tipo de compañía o plan de seguros de salud, público o privado.

También hay muchas formas de referirse a una persona que cuenta con seguro de salud, como persona inscrita, suscriptor o cliente. En esta guía, usamos “miembro” para referirnos a quien sea que cuente con cobertura de salud.

¿Qué tipo de plan de salud tiene mi hijo?

Ya sea que su hijo tenga un seguro de salud privado pagado por usted o su empleador, o tenga una cobertura pública como Medi-Cal o Healthy Families, el propósito de su seguro de salud es el de ayudar a pagar la atención médica al pagar a los proveedores de servicios médicos por la atención dada a los miembros.

Cuánto cubrirá el seguro, cuánto pagará usted y el **cómo** obtendrá servicios dependerá del *tipo* de seguro que tenga y *su plan específico*, sin importar cuál plan de seguro tenga. Además puede tener un plan de salud por separado para servicios de salud mental; este plan tendrá diferentes requerimientos que su plan de salud regular.

Aquí hay algunas de las diferencias importantes que querrá saber sobre su plan en específico:

- **Servicios cubiertos** – ¿Cuáles servicios específicos cubrirá su plan de salud?
- **Deducibles** – ¿Tiene que pagar una cantidad mínima antes de que su seguro comience a pagar por los servicios?
- **Copagos y coseguros** – ¿Cuánto pagará cada vez que reciba atención médica?
- **Límites de beneficios** – ¿Cuántas veces pagará el plan por los servicios cubiertos en un periodo específico? ¿Hay límites sobre cuánto pagará el plan anualmente o de por vida?
- **Exclusiones o limitaciones del plan** – ¿Cuáles servicios NO están cubiertos o están limitados bajo su plan de salud?
- **Reglas del plan** – ¿Cuáles son las reglas para acceder a servicios? ¿Cómo funciona el plan? ¿Cuáles son los procesos para remisiones y aprobaciones?
- **Red de proveedores** – ¿Cuáles proveedores (doctores u otros que proporcionen servicios) serán cubiertos por el plan?

Tipos de Seguros de Salud – ¿Cuál es la diferencia?

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	PLANES DE INDEMNIZACIÓN O DE PAGO POR SERVICIO	PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA
Elección del Proveedor:	Elija cualquier proveedor con licencia	Use sólo proveedores de la red
Costo para Usted:	Más que la atención médica administrada; el proveedor puede cobrar más de lo que paga el plan; usted también paga un porcentaje de cada factura	Menos que el de indemnización
Cobranza/Papeleo:	Usted paga, luego le cobra a su plan	El proveedor le cobra directamente al plan
Autorización previa para algunos servicios:	Algunos servicios pueden requerir autorización previa	Algunos servicios requerirán autorización previa

Tipos de planes de atención médica administrada

La mayoría de las personas menores de 65 años que tienen seguro en California tienen algún tipo de plan de atención médica administrada. Hay tres tipos de planes de atención médica administrada.

- Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO), incluyendo los planes de atención médica administrada de Medi-Cal y los planes de Healthy Families, así como Kaiser.
- Organizaciones de proveedores preferidos (PPO)
- Planes de punto de servicio (POS)

Los tres tipos de planes tienen contratos con doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica.

Los proveedores acuerdan aceptar ciertas cuotas del plan. Usualmente, usted debe obtener servicios de atención médica de proveedores que participan en su plan; de lo contrario, es probable que sea responsable de pagar por el costo completo de los servicios.

AGENCIA REGULADORA*	TIPO DE PLAN
DMHC – Departamento de Atención Médica Administrada	HMO, PPO de Blue Shield y de Anthem/Blue Cross, planes de atención médica administrada de Medi-Cal
CDI (también conocido como el DOI) – Departamento de seguros de California	PPO (que no sean de Blue Shield o Anthem/Blue Cross) y todos los planes de indemnización
DOL-EBSA – Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo de EE.UU. La mayoría de los planes de salud autoasegurados están gobernados por la ley ERISA, una ley federal supervisada por la DOL-EBSA. Si es miembro de un plan de salud autoasegurado a través de su empleador o sindicato, entonces puede contactar a la DOL-EBSA por ayuda.	Planes de salud autoasegurado gobernados por la Ley de Seguridad de Ingresos de Retiro de Trabajadores (ERISA): el plan de salud depende del empleador o sindicato.
Debe de presentar una queja con el empleador o directamente al plan o ir a una corte de ley	Los planes autoasegurados que no están bajo la ERISA: estos pueden ser planes de salud autoasegurados a través de un distrito escolar, gobierno local u organización religiosa.

*Vea la sección “Recursos” para más información sobre lo que las agencias reguladoras pueden hacer por usted y cómo las puede contactar.

¿Por qué necesito saber qué tipo de seguro de salud tiene mi hijo?

- El proceso que debe seguir para obtener servicios cubiertos depende del tipo de plan que tenga. Las aseguradoras grandes — como Anthem/Blue Cross, Blue Shield, Aetna o Cigna — ofrecen varios tipos diferentes de planes.
- La agencia estatal o federal que supervise su plan también dependerá del tipo de plan que tenga. Es importante saber esto porque ésta es la agencia con la que puede comunicarse si tiene alguna inquietud sobre su plan.

Tipos de planes de salud

HMO – Organización para el mantenimiento de la salud

Como miembro de una HMO recibirá una lista de proveedores de la red de la HMO. Generalmente el plan paga por cuidados sólo si ve a proveedores dentro de la red, excepto en emergencias. Los miembros de la HMO eligen un Proveedor de atención primaria (PCP) de su red. También puede cambiar de PCP si lo desea.

El PCP de su hijo es:

- Usualmente un pediatra, doctor familiar o de clínica; puede ser parte de un grupo médico
- El proveedor principal de cuidados
- Quien toma las decisiones iniciales para tratar las necesidades de atención médica de su hijo
- El primer profesional con quien usted trabajará para determinar los siguientes pasos

Un grupo médico consiste de proveedores de atención primaria (PCP), especialistas y otros proveedores. Usualmente es el grupo médico o uno de sus doctores, no la HMO, que decide qué cuidado usted recibe y cómo lo recibe. El grupo médico o su PCP dará las aprobaciones (si es requerido) para ver especialistas, o para recibir servicios médicos como terapia del habla, pruebas de laboratorio, radiografías, y cuidados hospitalarios. Algunos servicios requieren sólo una remisión del PCP, algunos deben ser aprobados por el grupo médico, pero algunos deben ser aprobados por el plan de salud.

Cuando escoge a un PCP, también está seleccionando a los especialistas y otros profesionales de la salud quienes trabajarán con ese grupo médico. Si su hijo necesita servicios cubiertos que no pueden ser proporcionados por el grupo médico o la red, su PCP puede recomendar a un proveedor fuera de la red, y proporcionar información a su plan de salud explicando por qué su hijo necesita usar un proveedor fuera de la red.

Lo que usted paga

Por cada visita o servicio, usted paga usualmente un pequeño copago o cuota. Los copagos varían dependiendo de su plan específico. Los copagos son usualmente entre \$5 y \$40 cada vez que recibe un servicio de paciente externo. Pocas HMO también tienen un deducible anual, o una cantidad que usted debe de pagar antes de que los pagos al proveedor por parte de la HMO puedan comenzar.

PPO – Organización de proveedores preferidos

Las PPO también tienen redes de proveedores. Las PPO usualmente le permiten que vaya directo con especialistas dentro de su red de proveedores sin primero obtener una remisión o aprobación de su PCP. Puede ir con un proveedor que no esté en la lista de proveedores preferidos, pero el plan usualmente sólo pagará un pequeño porcentaje de sus gastos o puede no pagar nada.

Lo que usted paga

Usualmente usted paga un deducible anual antes de que la PPO comience a pagar algunas o todas las facturas. Usted también paga usualmente un porcentaje de las facturas (llamado coseguro) o un copago cuando recibe un servicio cubierto. La PPO paga el resto. Las cantidades del coseguro, los copagos y los deducibles varían dependiendo de su plan en específico.

POS – Plan de punto de servicio

Un POS es una mezcla de una HMO y una PPO. Usted escoge una PCP y obtendrá la mayoría de su atención médica de una red de la HMO. También tiene la opción de ver a proveedores fuera de la red cuando necesite un especialista, como en un plan PPO. Sin embargo, requerirá hacer el papeleo usted mismo y presentar las reclamaciones para su reembolso por parte del plan de salud.

Lo que usted paga

La mayoría de los planes requieren que vaya con su doctor de atención primaria antes de que vea a un especialista fuera de la red. Si va directo a un doctor fuera de la red, el plan POS paga a menudo mucho menos.

Cuenta de ahorro de la salud (HSA) y Plan de alto deducible

Una HSA es una cuenta de ahorros libre de impuestos. Usted o su empleador pueden poner fondos libres de impuestos en la cuenta. Luego usted usa estos fondos para pagar por atención médica hasta alcanzar la cantidad del deducible. Una HSA se combina usualmente con un plan que tiene un deducible mayor.

Plan de salud autoasegurado (Plan autoasegurado de empleador único)

Algunos empleadores grandes, sindicatos laborales, distritos escolares y municipios crean una bolsa de dinero para seguros y luego pagan los servicios de atención médica de sus miembros (empleados) de esta bolsa. Es común en los planes autoasegurados el entregar la administración de sus planes de salud a un Tercero Administrador (TPA). A menudo el empleador hará un contrato con un plan de salud para actuar como un TPA para todas las reclamaciones sobre atención médica.

Los planes autoasegurados pueden ser planes de atención médica administrada o de indemnización. Generalmente están regulados por la Administración de Prestaciones del Empleado del Departamento del Trabajo de EE.UU.

Medi-Cal

Medi-Cal es el programa estatal y federal que proporciona cobertura de salud para familias de bajos ingresos, niños, personas con discapacidades y personas mayores de 65 años.

La mayoría de los niños pertenecientes a Medi-Cal son miembros de un plan de atención médica administrada Medi-Cal de una HMO. En el Condado de Alameda, los miembros de Medi-Cal tienen una opción entre Alameda Alliance for Health y Anthem/Blue Cross. En el Condado de Contra Costa los miembros de Medi-Cal escogen entre el Plan de salud de Contra Costa y Anthem/Blue Cross. El Plan de salud Medi-Cal de Kaiser está disponible a un número limitado de personas con Medi-Cal. Para ser elegible, debe haber tenido cobertura con Kaiser los últimos 6 meses, debe tenerla actualmente, o debe tener a un familiar inmediato que sea suscriptor de Kaiser. Para obtener Kaiser, debe primero inscribirse en Alameda Alliance for Health o en el Plan de salud de Contra Costa. Los planes de atención médica administrada de Medi-Cal reciben pagos del estado y les pagan a los proveedores por los servicios prestados a los beneficiarios de Medi-Cal que son miembros de este plan.

Algunos niños no son miembros de una HMO, y el estado paga a los proveedores directamente por los servicios. Esto se llama “pago por servicio” o Medi-Cal regular. Los niños en Medi-Cal regular pueden ir con cualquier proveedor que acepte Medi-Cal; el Estado debe dar una autorización previa por los servicios que requieren una autorización.

Para las personas con Medi-Cal, todos los servicios de salud mental se proporcionan a través de Behavioral ACCESS del Condado de Alameda o la División de salud mental del Condado de Contra Costa. Estos servicios pueden ser proporcionados por el condado, organizaciones de la comunidad o una red de terapeutas privados.

Lo que usted paga

A menos que tenga Medi-Cal con “costos compartidos”, los servicios cubiertos son gratuitos para los niños y las familias. Sin embargo, debido a problemas con el presupuesto estatal de California, Medi-Cal puede comenzar a cobrar pequeños copagos por algunos servicios. Las familias pueden ser elegibles para Medi-Cal con costos compartidos si sus ingresos son superiores a los de los lineamientos de ingreso de Medi-Cal. Para recibir Medi-Cal con costos compartidos, los beneficiarios deben contribuir con los gastos por la atención médica pagando una parte del costo de los servicios que reciben cada mes. Una vez que cumplen con la cantidad total compartida, quedan “certificados” y Medi-Cal cubrirá los demás costos de ese mes.

Plan de salud conductual o Beneficios separados

Estos planes se especializan en la atención de la salud mental o conductual. En general los crean las grandes aseguradoras como compañías aparte (por ejemplo United Behavioral Health o Aetna Behavioral Health). Estos planes tienen diferentes redes y, a menudo, diferentes reglas a las del plan médico. Si pertenece a una HMO, el PCP no siempre está a cargo de las remisiones y las autorizaciones para los servicios del plan de salud conductual. A veces necesitará contactar al plan de salud conductual por aprobaciones. (Vea la Sección 4, página 13: ¿Están cubiertos los servicios? – Ley de paridad de salud mental y diagnóstico de autismo.)

Programa Healthy Families (HFP)

El HFP es un programa estatal y federal que cubre a niños de familias de bajos y medianos ingresos los cuales son muy altos para calificar para Medi-Cal y no cuentan con seguro privado. Todos los niños en el HFP son registrados en planes de atención médica administrada. Las personas inscritas en Healthy Families en Alameda pueden escoger dos planes: Alameda Alliance for Health, o Kaiser. Los suscriptores en el Condado de Contra Costa pueden escoger el Plan de salud de Contra Costa o Kaiser.

Lo que usted paga

Los miembros de Healthy Families pagan una prima mensual basada en el ingreso y hacen copagos por algunos servicios.

Plan de salud infantil de Kaiser (CHP)

El CHP es una cobertura de salud de una HMO para niños en familias de bajos y medianos ingresos que no califican para Medi-Cal o Healthy Families debido a que los ingresos de la familia son muy altos y no cumplen con los requerimientos de inmigración estatales, y que no tienen acceso a seguros proporcionados por un empleador.

Lo que usted paga

Los miembros de CHP pagan una prima mensual basada en el ingreso y hacen copagos por algunos servicios.

TRICARE

TRICARE es un programa de atención médica para los miembros del servicio militar activo, miembros de la Guardia Nacional y la Reserva, retirados, sus familias, sobrevivientes y ciertas ex esposas en todo el mundo. TRICARE ofrece opciones tanto de atención médica administrada como de pago por servicio.

TriWest es un contratista del Departamento de Defensa y administra el programa TRICARE en la Región Oeste de 21 estados. Llame a Servicio a clientes de TriWest para más información: **1.888.874.9378**

Programas de salud no relacionados a seguros

CCS – Servicios para los niños de California

El programa de Servicios para los niños de California (CCS) proporciona cobertura de cuidados médicos esenciales para los niños con necesidades especiales de atención médica, incluyendo cáncer, diabetes y condiciones relacionadas con el nacimiento prematuro.

Los niños pueden ser elegibles para el Programa de terapia médica (MTP) de los CCS. El MTP opera Unidades de Terapia Médica las cuales cuentan con terapeutas físicos y ocupacionales de CCS en algunas escuelas públicas. Los niños son elegibles para servicios sin costo si cumplen con los criterios médicos de elegibilidad específicos o cuentan con planes educativos individuales que incluyen servicios MTP. *No hay un requerimiento de ingresos para este programa.*

Para recibir cualquier otro servicio de CCS los niños deben calificar económicamente. Los niños son económicamente elegibles para CCS si:

- o Están registrados en Medi-Cal o Healthy Families, o
- o Si no cuentan con seguro con un ingreso familiar anual menor de \$40,000, o la familia debe de pagar el 20 por ciento o más de su ingreso bruto ajustado anual para el tratamiento de la condición elegible de CCS.

Puede ver más información sobre CCS y el programa de terapia Médica en <http://www.dhcs.ca.gov/services/ccs>

CHDP – Programa para la salud y prevención de discapacidades en los niños

El programa CHDP hace disponible la atención médica preventiva a los niños de bajos ingresos de California. Los niños y adolescentes pueden recibir evaluaciones de salud preventivas regulares, así como remisiones para diagnóstico y tratamiento cuando sea indicado.

El CHDP trabaja con un gran número de organizaciones, servicios y proveedores de cuidado para ayudar a los niños a obtener un cuidado adecuado. Estos incluyen doctores, enfermeras especializadas, escuelas, departamentos de salud locales, agencias de salud y agencias de servicios sociales y comunitarios. El CHDP también ayuda a las familias con la programación de citas médicas, transportación y acceso a servicios de diagnóstico y tratamientos.

Puede conocer más sobre el CHDP en:

<http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp/Pages/default.aspx>.

O llame al departamento de salud de su condado.

¿Cómo obtengo información sobre el plan de salud de mi hijo?

Comience viendo la información que tiene cuando se registra en su plan de salud. Generalmente, la forma más directa para descubrir exactamente a qué tiene derecho bajo su plan de salud es leer todo o una combinación de lo siguiente:

- **Evidencia de Cobertura (EOC)**
- **Guía para los miembros**
- **Resumen del plan**

Cada plan debe proporcionar al menos uno de estos documentos a sus miembros. Éstos describen los servicios y beneficios de su plan de salud. También describen las obligaciones del plan de salud, las reglas del plan de salud y sus derechos como miembro del plan de salud. Algunos planes de salud cuentan con descripciones de los servicios más detalladas que otros. Asegúrese de revisar la sección de servicios cubiertos y la sección de Exclusiones y Limitaciones. Las EOC se modifican cada año. Si no cuenta con una EOC actualizada, llame a su plan de salud para solicitar una.

- **Sitio web.** La mayoría de los planes de salud tienen información detallada en sus sitios web. Por lo general tiene que ser miembro del plan de salud para poder acceder a la información específica para el tipo de plan al que pertenece. Llame al departamento de Servicio al Cliente de su plan de salud (a veces llamado Servicios para los Miembros) por ayuda con el sitio web.
- **Tarjeta de miembro.** Su tarjeta de miembro tiene algo de información de beneficios así como el número de Servicios para los miembros de su plan.
- **Servicios para los Miembros o Servicio al Cliente.** Cada plan de salud tiene un departamento de Servicios para los miembros creado con el propósito de responder a las preguntas de los miembros, ayudar a comprender sus beneficios o resolver problemas. Si habla o envía un correo electrónico a distintos representantes de Servicios para los miembros sobre el mismo problema, puede ver que la información varía dependiendo de la persona con quien habla. Por esta razón, asegúrese de siempre anotar el nombre completo y correcto y el puesto de todos con los que hable, y regístrelo junto con la fecha, hora aproximada y notas sobre la conversación.

4 Obtener servicios a través del plan de salud de su hijo

¿Cómo puedo solicitar servicios a través del plan de salud de mi hijo?

Su doctor (PCP) es responsable de preparar una evaluación para su hijo y para hacer recomendaciones sobre servicios a su plan de salud. En la mayoría de los planes, su doctor necesitará enviar una solicitud de servicio al grupo médico o al plan de salud.

Su doctor puede remitirlo a un profesional adecuado — un especialista médico, neurólogo, psicólogo, especialista del desarrollo, terapeuta ocupacional o físico o especialista del habla y el lenguaje — para una mayor evaluación. Generalmente, si su doctor lo refiere a otro proveedor, su plan cubrirá estos servicios. Pero asegúrese de preguntárselo a su doctor.

¡Consejos útiles!

- o Debe comenzar a trabajar inmediatamente con su plan de salud. No espere a una decisión del Centro Regional. Haga una cita con el doctor de su hijo; el doctor hará una remisión para los servicios que su hijo necesita.
- o No tiene que esperar a que su plan de salud decida la elegibilidad. Puede comenzar el proceso de evaluación en el Centro Regional de inmediato.

¿Qué debe hacer después de la evaluación? Dependiendo de los resultados de la evaluación de su hijo, su doctor recomendará tratamientos y servicios.

Los planes de salud difieren en este punto:

- Si es miembro de Kaiser, la solicitud de su hijo por servicios debe ser revisada por el Comité de Revisión del Centro Regional de Kaiser (Éste es un comité de Kaiser no afiliado con el Centro Regional.)
- Algunas aseguradoras, como Anthem/Blue Cross, permiten que su doctor lo remita directamente a un proveedor de Anthem/Blue Cross.
- Con otras aseguradoras, la remisión de su doctor debe ser revisada y aprobada por el grupo médico o por el plan de salud.

Su plan de salud o el grupo médico lo notificará a usted y a su doctor sobre cuáles servicios han sido aprobados para su hijo así como el número y frecuencia de los servicios aprobados.

Si la solicitud es negada, recibirá una explicación del rechazo, y la información sobre cómo pedir una reconsideración (apelación) de la decisión. (Vea la página 15: Negaciones)

¿Cómo se determina si el plan de salud aprobará servicios para mi hijo?

Los servicios deben ser enlistados en el material de su plan de salud como “servicios cubiertos” y debe determinarse como médicamente necesarios para su hijo.

¿Están cubiertos los servicios?

Revise el material de su plan de salud para información específica sobre lo que cubre su plan.

Terapia del habla y del lenguaje, terapia ocupacional, terapia física

En California las HMO y PPO reguladas por el Departamento de Atención Médica Administrada de la Salud (DMHC) cubren “servicios de cuidado de salud básicos”. Estos incluyen terapia del habla (ST), terapia ocupacional (OT), y terapia física (PT). Aunque no es requerido, más del 80% de las PPO y de los planes de Indemnización regulados por el Departamento de seguros de California (CDI) también cubren las ST, OT y PT. Los planes autoasegurados no están sujetos a estas reglas pero la mayoría cubren las ST, OT y PT.

Pocos planes especifican que la PT, OT y ST están cubiertas para retrasos en el desarrollo, y pocos excluyen específicamente servicios para retrasos en el desarrollo.

Servicios para autismo, trastornos del espectro autista y trastorno generalizado del desarrollo

Evaluación

Se requiere que los planes de salud cubran la evaluación por autismo si así se indica. El doctor de su hijo hará la remisión.

Análisis Conductual Aplicado (ABA)

El ABA y otras terapias conductuales intensivas aún no se cubren usualmente por los planes de salud. Los planes de salud consideran que el ABA no es médicamente necesario para niños con autismo o trastorno generalizado del desarrollo. Además, los planes de salud no pagan por servicios proporcionados por personas sin licencia. Por último, los planes de salud consideran el ABA como un servicio educativo, no médico. Hay algunos planes que pueden cubrir el ABA: TRICARE (para militares en activo), algunos pocos planes autoasegurados, y otros. Algunos padres han tenido éxito apelando las

negaciones de los servicios de ABA. (Vea la página 16: Apelar a una decisión del plan de salud))

Ley de paridad de salud mental y diagnóstico de autismo

En el 2000, California decretó el Proyecto de Ley 88 (AB 88), la ley de Paridad de salud mental. El AB 88 requiere que los planes de salud privados proporcionen de manera equitativa cobertura para la salud física y para algunas condiciones de salud mental graves. Las condiciones de salud mental graves incluyen el autismo y los trastornos generalizados del desarrollo.

¿Qué significa esto? El DMHC ha clarificado que los planes no pueden negar un servicio o requerir que los miembros sean responsables de una porción mayor del costo simplemente debido a un diagnóstico de autismo. Además, los planes no pueden limitar o negar servicios cubiertos a menos que su decisión esté basada en una necesidad médica. Además de a los servicios de salud mental, algunos padres han logrado que su plan de salud apruebe la PT, OT y ST para sus hijos autistas.

Servicios cubiertos por Medi-Cal

Medi-Cal cubre la terapia del habla, la terapia física, la terapia ocupacional y la terapia de análisis conductual cuando lo ordena un proveedor de Medi-Cal. Si el niño tiene pago por servicio o Medi-Cal regular, el proveedor debe enviar una solicitud para la autorización de tratamiento (TAR) a Medi-Cal.

¿Son médicamente necesarios los servicios?

Su plan de salud cubre tratamientos y equipo y suministros cuando son “médicamente necesarios”. Su plan de salud pagará por un servicio sólo si es un beneficio cubierto y es médicamente necesario.

Cuando usted o su proveedor solicitan una aprobación por parte de su plan de salud o grupo médico para servicios para su hijo, el plan de salud/grupo médico decidirá si los servicios están cubiertos y si son médicamente necesarios.

Los planes de salud pueden diferir sobre cómo definen e interpretan la necesidad médica. Generalmente, la necesidad médica significa que los directores médicos del plan coinciden en que el tratamiento es necesario y esperan que sea efectivo. Ser médicamente necesario significa que:

- Se espera que el tratamiento cause una mejora significativa dentro de un marco de tiempo especificado.
- La mejora no ocurrirá sin el tratamiento.

Al decidir si los servicios solicitados son médicamente necesarios, el plan de salud considerará:

- El historial clínico único y la condición de su hijo,
- Los tratamientos propuestos y el plan de tratamiento,
- Cualquier ley o reglamento relevante, y
- Estudios científicos, evidencias y recomendaciones de expertos, incluyendo las recomendaciones de cualquier agencia federal, como los Institutos Nacionales de Salud, y cualquier dirección nacional reconocida por los Institutos Nacionales de Salud con el propósito de evaluar el valor médico de los servicios de salud.

Límites en el número de tratamientos

Si un servicio es médicamente necesario, un plan de salud HMO no puede establecer arbitrariamente restricciones sobre el número de sesiones a ser cubiertas. Esto significa que el número de servicios autorizados debe basarse únicamente en la necesidad médica.

Medi-Cal y la necesidad médica

La definición de Medi-Cal de la necesidad médica es la definición federal: es muy amplia. Para niños, incluye todos los servicios necesarios para “corregir o mejorar los defectos, enfermedades físicas y mentales y condiciones descubiertas por los servicios de monitoreo, sean o no cubiertos tales servicios bajo el Plan Estatal de Medicaid”. Esto significa que Medi-Cal tiene el propósito de cubrir servicios médicos, como la terapia física, ocupacional y del habla si su hijo la necesita.

¿Hay un plan de tratamiento para mi hijo?

Antes de que la mayoría de los planes de salud aprueben servicios que se espera que continúen por un periodo largo de tiempo, el plan primero requerirá que su proveedor presente un plan de tratamiento.

El plan de tratamiento también debe ayudarle — como padre — a determinar si el tratamiento propuesto es el adecuado. El plan de tratamiento debe de incluir:

- El comportamiento o función exacta que se busca.
- Los tipos de servicios que se proporcionarán.
- Qué tan a menudo se proporcionará el servicio, y por cuánto tiempo.
- Las metas del tratamiento: Éstas deben ser específicas y ligadas a fechas. ¿Cómo se medirá el progreso de su hijo? ¿Cómo se sabrá si el tratamiento está funcionando?

El plan de salud revisará el progreso de su hijo para ver si se están alcanzando las metas del tratamiento. El plan de salud puede decidir dejar de pagar por un tratamiento si las metas se han alcanzado o si no hay progreso suficiente hacia las metas.

Remisiones continuas

No necesitará obtener una aprobación o una remisión cada vez que su hijo ve a un especialista o proveedor de terapia. Los planes de salud deben contar con un “procedimiento de remisiones continuas”.

Una remisión permanente permite a su hijo a obtener “cuidado continuo de un especialista... o centro de cuidado especializado” sin una remisión o aprobación por parte del plan de salud o del PCP de su hijo para cada cita.

Esta regla aplica a miembros con condiciones médicas “que pongan en riesgo su vida, que sean degenerativas o que creen una discapacidad” y también que requieran de “cuidado médico especializado” por un largo tiempo. El plan puede limitar el número de visitas y el periodo de tiempo en que las visitas estén autorizadas y también se puede requerir de reportes de manera regular por parte del especialista.

¿Por cuáles proveedores pagará el plan de salud?

Los planes deben de cumplir con las necesidades de usted al tener una red adecuada. Si su hijo necesita un tipo particular de especialistas y el plan no tiene este tipo de proveedor en su red, el plan debe ayudarlo a buscar uno y pagar por la atención médicamente necesario.

¿Cuánto tiempo debo esperar para una cita?

El 17 de enero de 2011, el DMHC de California estableció estándares respecto al tiempo que un paciente tiene que esperar para ver a un proveedor del plan. Por ejemplo, los planes de salud deben asegurar que hay suficientes proveedores en la red de manera que los miembros puedan obtener una cita para atención especializada no urgente antes de 15 días y citas para atención primaria o de salud mental no urgentes antes de 10 días. (Vea el Código de Reglamentos de California, Título 28, Sección 1300.67.2.2)

¿Qué tan lejos debo de ir para ver a un proveedor?

Todos los planes deben tener proveedores de atención primaria y profesionales de la salud mental a 30 minutos o 15 millas, y especialistas a 60 minutos o 30 millas de donde vive o trabaja. (Vea el Código de Reglamentos de California, Título 10, § 2240.1(c) y Título 28 § 1300.51 H (i))

Si su hijo está cubierto por Medi-Cal, puede tener problemas para encontrar un proveedor que acepte las tarifas de pago de Medi-Cal. Los proveedores que sí aceptan las tarifas de Medi-Cal por lo general ya están saturados de citas por meses. Si su hijo pertenece a un plan de atención médica administrada de Medi-Cal, llame a Servicios para los miembros. Los planes de Medi-Cal están regulados por el DMHC y se requiere que proporcionen servicios no urgentes dentro de los límites de tiempo descritos anteriormente.

¿Pagará el plan de salud por servicios en el hogar?

La mayoría de los planes de salud no aprobarán servicios proporcionados a su hijo en el hogar. Se requiere que los planes de salud proporcionen servicios en el hogar sólo si no es posible o no es seguro para el miembro dejar el hogar.

¿Cuánto tiempo debo esperar para recibir una decisión de mi plan de salud?

Generalmente, se requiere que los planes de salud respondan a las solicitudes de servicio de su doctor antes de cinco días hábiles. La decisión de aprobar, negar, retrasar o modificar la petición del doctor se debe comunicar a los proveedores antes de 24 horas después de la decisión (por fax o correo electrónico) y al miembro antes de dos días (por escrito). Si el niño(a) ya está recibiendo la atención aprobado, y el plan de salud decide ya no continuar, la atención del niño(a) no puede detenerse hasta que el proveedor tratante acuerde un plan de cuidado adecuado. (Vea el Código de Salud y Seguridad de California § 1367.01 y el Código de Seguros §10123.135)

Si su hijo cuenta con cobertura de Medi-Cal y no es miembro de un plan de salud, puede que tenga que esperar más tiempo por una decisión de Medi-Cal.

Negaciones

Un plan de salud puede negar, retrasar o modificar una solicitud de un servicio o negar el pago de una factura por servicios de un proveedor. Un plan de salud puede negar servicios basados en varias razones, incluyendo:

- El servicio no está cubierto por el contrato de su plan de salud, incluyendo servicios de proveedores sin licencia.
- El servicio se obtuvo de un proveedor fuera de la red sin autorización previa.
- El servicio no es médicamente necesario, lo que significa que:
 - Se considera experimental y/o no probado,
 - No hay indicación médica para el servicio, o
 - No hay información clínica suficiente para probar que es efectivo.

La persona del plan de salud quien niega la solicitud debe ser un proveedor de atención de salud quien tiene conocimientos sobre los problemas clínicos específicos involucrados.

El plan de salud o grupo médico evaluará periódicamente el progreso de su hijo en el plan de tratamiento. Si el plan de salud decide que los tratamientos no están ayudando a que su hijo tenga un progreso significativo, y las metas del plan de tratamiento no se están cumpliendo, el plan puede negar un tratamiento adicional. Si usted o su proveedor piensan lo contrario, puede apelar la decisión (Vea la página 16: Apelar a una decisión del plan de salud).

El plan de salud le enviará una carta de rechazo a usted y a su doctor. La carta debe incluir:

- Una explicación clara y concisa de las razones por la decisión,
- Una descripción de los criterios o lineamientos usados,
- Una referencia hacia su EOC/Guía para los miembros,
- Las razones clínicas por las decisiones que se tomaron respecto a la necesidad médica, y
- Instrucciones sobre cómo puede presentar una apelación al plan de salud, a una agencia estatal o a través de cortes — y cuáles son las reglas.

La carta por parte del plan a su doctor o terapeuta tratante debe de incluir el nombre y el número telefónico directo del profesional de la salud responsable de la negación, retraso o modificación.

Si su hijo cuenta con pago por servicio de Medi-Cal (no es un plan de atención médica administrada de Medi-Cal), Medi-Cal debe enviarle una aprobación o una negación de la solicitud para la autorización para el tratamiento (TAR). Esto se llama un Aviso de medidas de acción (NOA).

Si la TAR es negada, Medi-Cal debe:

- Explicar la negación,
- Decirle el reglamento o ley en base al cual se hace la negación,
- Explicar cómo puede presentar una aprobación.

Si su hijo ya recibe servicios, Medi-Cal debe dar una notificación con 10 días antes de parar el pago de tales servicios. Si apela a la decisión solicitando una audiencia estatal con el Departamento de Servicios Sociales (DSS), el servicio de su hijo debe continuar al menos hasta la audiencia.

En la parte posterior del NOA hay una “Solicitud para una audiencia imparcial”. (Vea la página 18: Solicitar una audiencia estatal)

Pasos a seguir si su plan de salud niega servicios a su hijo:

1

Hable con el doctor de su hijo u otro proveedor de cuidados de salud quien haya solicitado los servicios. Pida la opinión de su doctor y pida la ayuda de su doctor. Pida a su doctor seguir con su plan de salud. Llame a Servicio a Miembros de su plan de salud y explique su problema.

2

(Si el primer paso no ayuda)
Presente una apelación (también llamada queja o reconsideración) a su plan de salud.

Llame al Centro de ayuda o a la Línea de ayuda para consumidores del Departamento de seguros de California para ayuda y consejos.

3

Contacte al Centro de ayuda de HMO o al Departamento de seguros, y pida una Revisión médica independiente (IMR). (Vea la página 17: Solicitar una Revisión médica independiente)

4

Para las personas con Medi-Cal: pida una audiencia estatal de Medi-Cal.

IMPORTANTE: Si pide una audiencia estatal primero, no podrá obtener una IMR después. (Vea la página 18: Solicitar una audiencia estatal.)

Apelar a una decisión del plan de salud

Si decide apelar, siga las indicaciones y los tiempos en la carta de rechazo. Apele primero al plan de salud. Luego, si no está de acuerdo con la decisión del plan de salud de negar, retrasar o cambiar el servicio que solicitó, puede apelar la decisión a una agencia reguladora.

Los planes de salud tienen un proceso formal para que los miembros del plan y los proveedores puedan estar en desacuerdo con una decisión y pidan que esa decisión sea cambiada. Este proceso puede llamarse apelación, reconsideración o queja.

¡Consejos útiles!

Aquí hay algunas cosas a recordar durante el proceso de apelación:

- o No espere. Apele tan pronto como sea posible.
- o Sea persistente. Esté preparado para la posibilidad que el proceso pueda tomar más tiempo y sea más complejo.
- o Hágase escuchar. Asegúrese que sus peticiones sean claras.
- o Que haya alguien con usted para apoyo durante las llamadas telefónicas.
- o Tome nota de todas sus llamadas e interacciones con el plan de salud. Incluya el nombre completo correcto y puesto de todos con los que habla, además de sus notas.
- o Si le comentan decisiones por teléfono confírmelas en una carta o correo electrónico.

Puede apelar con su plan de salud, agencias estatales o si tiene Medi-Cal, solicite una audiencia a través del Departamento de Servicios Sociales (DSS) de California. Si su hijo tiene Medi-Cal y no tiene un plan de salud, su única forma de apelar es pidiendo una audiencia con el DSS.

Comenzar con el plan de salud de su hijo

Generalmente, tiene 90 días a partir de la fecha de la carta de rechazo para apelar la decisión del plan de salud.

La mayoría de los planes de salud ofrecen más de un nivel de apelación. Si apela una decisión y se le niega de nuevo, puede apelar otra vez. El plan de salud les enviará su segunda apelación a unos profesionales apropiados quienes no estuvieron involucrados en las negociaciones previas.

Cómo presentar una apelación, reconsideración o queja

Muy a menudo, las personas no apelan las negaciones del plan de salud porque el proceso es muy difícil de comprender o porque piensan que no funcionará. Sin embargo, puede ser la única forma de hacer que el plan de salud invierta su decisión, especialmente si puede proporcionar información clínica adicional.

Llame a Servicios para los miembros o al departamento de Servicio a Clientes de su plan de salud para iniciar el proceso. Tenga esta información lista cuando llame:

- Su número de membresía del plan de salud
- Una breve descripción de su problema, explicando cuál fue el servicio que se le negó
- Qué servicio necesita su hijo y por qué
- La fecha de la negación
- Si considera que el problema es urgente, explique por qué

Quizá pueda obtener los formularios de queja y apelación del sitio web de su plan de salud o en el consultorio de su PCP. Las HMO también permiten presentar una queja por teléfono. *Sin embargo, su apelación tendrá más fuerza si, junto con sus proveedores, envían al plan de salud un documento escrito que explique en detalle la razón por la cual está en desacuerdo con la decisión del plan.*

Si usa el formulario de queja del plan, puede adjuntar información de respaldo adicional al formulario. Si apela por teléfono, puede enviar información adicional después. Asegúrese de decirle al representante de Servicios para los miembros que usted o su doctor enviarán información adicional.

Su carta de apelación

Si el plan de salud le niega servicios porque el tratamiento o equipo no están cubiertos bajo su plan en particular, su carta de apelación debe hacer referencia al material de su plan (Evidencia de cobertura, Guía para los miembros, información del sitio web del plan, etc.). Muestre que los servicios están enlistados como beneficios cubiertos, o al menos, no están en la lista de los servicios excluidos.

Si el plan de salud dice que los servicios no son cubiertos y considera que, por ley, deberían de ser, ponga ese hecho en su carta. Por ejemplo, el AB 88, (la ley de Paridad de salud mental) menciona que los servicios no pueden ser negados sólo porque el diagnóstico es autismo y que los servicios de salud mental para autismo deben ser cubiertos y no pueden ser limitados excepto si se determina que no son médicamente necesarios.

Si la negación se debe a la falta de necesidad médica, la carta de apelación debe describir los servicios que su hijo necesita y por qué. Las “cartas de necesidad médica” más efectivas pueden incluir:

- Información objetiva sobre el historial médico de su hijo y la condición actual.
- Documentación de la necesidad médica; cómo beneficiará el servicio a su niño; qué pasará si el niño no recibe los tratamientos solicitados.
- Remisiones a literatura y a la práctica médica actual que apoyen su solicitud, y/o
- Cómo el proporcionar estos servicios evitaría futuros gastos médicos

Obtener ayuda con su apelación

Es mejor trabajar con su doctor u otro proveedor en su apelación. Su doctor u otro proveedor deberán contactar a su plan de salud y escribir la carta de apelación. Su administrador de caso del Centro Regional también puede ayudar. Además, vea la sección de recursos de esta guía.

Además de su doctor, las mejores fuentes de ayuda son usualmente:

- La oficina de la Red de Recursos Familiares en su condado
- La oficina estatal del Defensor del paciente estatal o el Centro de ayuda de la HMO
- Ayuda Legal
- El Proyecto pro defensa de la salud comunitaria en su área

El plan de salud debe darle su decisión antes de 30 días, o antes de tres días si su solicitud es urgente.

¿Qué hago si mi plan de salud niega la apelación?

Solicitar una Revisión médica independiente

Tiene 180 días a partir de la negación del plan de salud para apelar ante el DMHC o el CDI. El proceso se llama solicitando una Revisión médica independiente o IMR. Una IMR es una revisión de su caso por uno o más profesionales de la salud que no son parte de su plan de salud.

Los revisores deben comprender la condición de su hijo y los servicios recomendados. Usted no paga nada.

Si la IMR se decide a su favor, su plan debe darle el servicio o tratamiento que pidió.

Usted puede calificar para una IMR si su plan de salud:

- Niega, cambia o retrasa un servicio o tratamiento porque el plan dice que no es médicamente necesario.
- Niega un tratamiento experimental por una condición seria. Si esto ocurre, solicite una IMR de inmediato. No tiene que presentar una queja con su plan primero.
- No paga por una emergencia o atención urgente que ya recibió.

Si su plan es autoasegurado (Vea la página 9, Plan de salud autoasegurado, en la Sección 3 — Conocer el seguro de salud de su hijo) revise el material de su plan de salud o contacte a su empleador o sindicato, o a su plan para saber cómo apelar la negación de su plan de salud.

Si tiene Medi-Cal, solicite una IMR *antes* de solicitar una audiencia estatal.

¿Puedo comunicarme directamente con el Centro de ayuda de HMO o al Departamento de Seguros?

Generalmente, debe llevar a cabo el proceso de su plan de salud primero.

Si no está satisfecho con la decisión de su plan, o el plan no cumple con el límite de tiempo para responder, contacte al Centro de ayuda (DMHC) o al CDI.

- Si su problema es urgente, contacte al Centro de ayuda directamente.
- Si su plan niega un servicio porque es experimental o de investigación, contacte al Centro de ayuda directamente.
- Si su plan cancela su cobertura, contacte al Centro de Ayuda directamente.

Solicitar una audiencia estatal

Si su hijo cuenta con Medi-Cal, ya sea a través de un plan de salud o directamente del estado, también puede apelar presentando una solicitud para una audiencia estatal.

Tiene 90 días a partir de la fecha de la carta de negación para solicitar una audiencia estatal imparcial.

Puede hacer esto en cualquier momento, pero esté consciente que no puede solicitar una IMR si ya solicitó una audiencia estatal imparcial. Así que se recomienda que solicite una IMR primero (Vea la página 17: Solicitar una Revisión médica independiente).

Si su hijo está en un plan de atención médica administrada de Medi-Cal, usted y el proveedor de su hijo pueden solicitar una “Audiencia estatal expedita”. Una Audiencia expedita se otorga si el tomar una cantidad de tiempo estándar para la decisión “podría poner en peligro seriamente la vida, la salud o la capacidad de obtener, mantener o recobrar el funcionamiento máximo del suscriptor”.

Para solicitar una audiencia estatal:

- Llene la “Solicitud para Audiencia Estatal” en la parte posterior del aviso de medidas de acción (Guarde una copia para usted.)

- Presente su solicitud en una de estas formas:

(1) Por correo para

el departamento de bienestar del condado a la dirección que se muestra en el aviso de medidas de acción.

Ó

(2) Por correo para

**California Department of Social Services
State Hearings Division, P.O. Box 944243
Mail Station 19-37
Sacramento, California 94244-2430**

Ó

(3) Por fax para

**la División de Audiencias Estatales
al número de fax 916.229.4110.**

Ó

(4) Por teléfono:

1.800.952.5253 (Voz), 1.800.952.8349 (TDD)

Tiene el derecho a tener a alguien que lo represente o que esté con usted durante su audiencia. Esta persona puede ser un pariente, amigo, un abogado o un defensor de una organización comunitaria.

Para más información sobre las audiencias estatales vaya a: <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-CalFairHearing.aspx>

Las audiencias estatales sólo están disponibles si tiene Medi-Cal.

¿Dónde puedo ir por ayuda?

SI SU HIJO TIENE ESTE TIPO DE PLAN	CONTACTE A ESTA AGENCIA	LO QUE ESTA AGENCIA PUEDE HACER POR USTED	TELÉFONO Y SITIO WEB
HMO, PPO de Blue Cross, PPO de Blue Shield	Centro de ayuda de la HMO (DMHC)	Ayudar si tiene problemas con su plan de salud. Procesar su queja. Darle formularios e instrucciones. Ayudarle a solicitar una IMR.	www.hmohelp.ca.gov 1.888.466.2219 (voz) 1.877.688.9891 (TDD)
Otras PPO y Planes de Indemnización	Departamento de seguros de California (CDI)	Procesar su queja. Darle formularios e instrucciones. Ayudarle a solicitar una IMR.	www.insurance.ca.gov 1.800.927.4357 (voz) 1.800.482.4833 (TDD)
Plan de atención médica administrada de Medi-Cal	Centro de ayuda de la HMO (DMHC)	Ayudar si tiene un problema con el plan de salud. Ayudar a presentar una queja. Darle formularios e instrucciones. Ayudarle a solicitar una IMR.*	www.hmohelp.ca.gov 1.888.466.2219 (voz) 1.877.688.9891 (TDD)
	Defensor de atención médica administrada de Medi-Cal	Ayudar si tiene un problema con su plan de atención médica administrada de Medi-Cal	1.888.452.8609 (voz) 1.888.452.8609 (TDD)
	Departamento de Servicios Sociales de California, División de Audiencias Estatales, P.O. Box 944243, MS19-37 Sacramento, CA 94244	*Ayudar y procesar una solicitud de Audiencia Estatal.	1.800.952.5253 (voz) 1.800.952.8349 (TDD)
Medi-Cal: regular o pago por servicio	Departamento de Servicios Sociales de California, División de Audiencias Estatales, P.O. Box 944243, MS19-37 Sacramento, CA 94244	Ayudar y procesar una solicitud de audiencia estatal.	1.800.952.5253 (voz) 1.800.952.8349 (TDD)
Salud mental de Medi-Cal	Defensor del Departamento de Salud Mental	Ayudar con los problemas en la atención de la salud mental de Medi-Cal	1.800.896.4042 (voz)
Plan autoasegurado	Empleador, sindicato o el Departamento del Trabajo de EE.UU., Administración de Prestaciones	Información y ayuda con su plan de salud autoasegurado	www.dol.gov/ebsa 1.866.444.3272 (voz)

*Si tiene Medi-Cal, a menudo es mejor solicitar una IMR *antes* de solicitar una audiencia estatal. Si obtiene una audiencia estatal primero, no podrá obtener una IMR después.

5 Cómo ser un poderoso defensor de su hijo

Conocer sus derechos

La mayoría de los seguros de salud en California están regulados por el estado. Una función importante de las agencias reguladoras del estado es la de asegurarse de que los derechos de los consumidores estén protegidos. Esto incluye el derecho a recibir servicios cubiertos cuando sean necesarios y la de presentar quejas cuando usted tenga un problema, y para solicitar una Revisión médica independiente.

La información de salud de su hijo

Bajo la ley federal, usted tiene el derecho de ver y obtener copias de los inscripciones médicos de su hijo y además tiene el derecho de solicitar cambios a cualquier error en sus archivos. Los planes de salud y los proveedores de salud deben proteger la información personal de salud. Las personas también tiene el derecho a recibir una notificación sobre cómo su información personal es usada o compartida con otros.

Finalmente, usted tiene el derecho de presentar una queja si siente que estos derechos le han sido negados.

Asistencia en su lenguaje

Si su primer lenguaje no es el inglés, su plan de salud usualmente debe de darle ayuda en su lenguaje. Esto puede incluir:

- Doctores y personal que hablen su lenguaje. Pida a su plan una lista de doctores que hablen su lenguaje. Esta información también se encuentra en el directorio de proveedores del plan de salud y a menudo en el sitio web del plan de salud.
- Los materiales impresos en su lenguaje, como los formularios de consentimiento e indicaciones para tratamiento, cartas de negación o aprobación para servicios y reglas del plan.
- Intérpretes cuando su hijo necesite atención médica. Cuando haga una cita asegúrese de pedir un intérprete si necesita uno. No tiene que pagar por esto. No dependa de su familia o amigos como intérpretes. Usted necesita un intérprete que esté capacitado en interpretación médica.

Si solicita una audiencia estatal o está apelando la negación de un plan de salud en persona o por teléfono y tiene problemas entendiendo el inglés, asegúrese de solicitar un intérprete.

Derechos de los miembros del plan de salud

Debidos a los reglamentos estatales, también tiene derechos como miembro de un plan de salud.

Tiene el derecho a:

- Ser tratado con cortesía y respeto
- Obtener atención médica de calidad
- Obtener atención médica de un personal médico calificado
- Elegir a un doctor en quien confíe
- Obtener citas cuando las necesite
- Comprender su problema de salud y los riesgos y beneficios de sus opciones de tratamiento
- Obtener una segunda opinión sobre un diagnóstico o tratamiento
- Escoger o rehusar un tratamiento
- Obtener una copia de su historial médico

Si está en un plan de atención médica administrada de Medi-Cal, puede cambiar de plan en cualquier momento. Sólo llame a **Health Care Options** al **1.800.430.4263**.

Mantener un buen inscripción

No subestime el valor de un buen inscripción. Guarde todas sus notas y cartas en un solo lugar. Lleve un inscripción de todas las comunicaciones que tenga con su proveedor, el Centro Regional y el plan de salud.

Consultorio del doctor:

- Pida al consultorio del doctor que lo incluya en las copias de la correspondencia.
- Pregunte dónde, cómo (carta, correo electrónico, teléfono, otros inscripciones) y a quién se le envía información.
- Pida y guarde copias de todas las remisiones.

Centro Regional

- Guarde una copia de los resultados de evaluación del Centro Regional de su hijo.
- Lleve un inscripción del administrador del caso de su hijo y su información de contacto.

Plan de Salud

Su carpeta o cuaderno debe de incluir todas sus notas, y copias de toda su correspondencia, revisiones y evaluaciones. Tenga en mente lo siguiente:

- Registre cada llamada
 - Fecha de conversación, nombre, número, puesto del contacto
 - Tome notas de cada conversación, incluyendo
 - √ Fechas en que se prometieron acciones
 - √ Solicitudes de confirmación por escrito
- Guarde copias de toda la correspondencia

¿Quién debe de recibir copias de su correspondencia?

- Consultorios de PCP
- Administrador del caso del Centro Regional
- Proveedores de servicio o especialistas, si están involucrados

“Si no estaba escrito, nunca ocurrió”

- Si se le dice algo por teléfono, trate de darle seguimiento por correo electrónico o con una carta que envíe a su plan de salud vía Correo Certificado.
- Cuando solicite servicios pida un número de reclamación. Esto le permitirá verificar lo que se ofreció o se platicó con su plan de salud.

Las 3 P: estar Preparado, tener Paciencia y ser Persistente

Aún cuando haya hecho todo correctamente, encontrará que a veces requiere volver a hacer todo el papeleo, volver a contactar a su aseguradora de salud o renovar sus esfuerzos. Aquí hay algunos consejos para lidiar con algunas de las peores tácticas de retraso.

- Siempre escriba el número de días que ha estado intentando obtener una resolución a un problema arriba de toda su correspondencia.
- Haga saber al plan de salud su intención de contactar a la Oficina del defensor del paciente del Departamento de seguros a cierta fecha, iy luego HÁGALO!
- Trate de unirse a un foro o grupo de padres, ya sea en línea o en reuniones regulares. El administrador del caso del Centro Regional puede ayudarle a encontrar a otras personas con quien puede compartir información, recursos y al menos un lugar para desahogarse.
- Cuando todo lo demás falla, si repetidamente no obtiene respuesta de su aseguradora de salud, envíe un resumen del problema al plan de salud con copias para el Director de la compañía, el Oficial de información pública del plan de salud, la oficina del Gobernador de California y a un editor de un periódico importante.

RECURSOS: Información y ayuda

Usted está a cargo de obtener los servicios que necesita su hijo, pero NO está solo. Aquí hay algunos recursos que le pueden ayudar:

Centros Regionales y Programa de Inicio Temprano

Centro Regional del Este de la Bahía (RCEB) (Condados de Alameda y Contra Costa)

Para información sobre el Programa de Inicio Temprano y para otros servicios para niños desde recién nacidos hasta de 3 años, o si le preocupa el desarrollo de su hijo: Llame a la **Línea de Remisión de Intervención Temprana** y siga las instrucciones: **510-618-6195** (Condados de Alameda y Contra Costa).

www.rceb.org

RCEB, Condado de Alameda
500 Davis Street, Suite 100
San Leandro, CA 94577
510-618-6100

RCEB, Condado de Contra Costa
2151 Salvio St., Suite 365
Concord, CA 94520
925-798-3001

Programa estatal de Inicio temprano:

Para información de Inicio temprano:
800/515-BABY (2229)

Correo electrónico: earlystart@dds.ca.gov

www.dds.ca.gov

Centros de Recursos Familiares (FRCs)

Apoyo de otros padres de hijos con discapacidades o necesidades especiales de la salud, ayuda sobre cómo usar el sistema de Inicio Temprano, información, remisiones y defensoría.

Condado de Alameda

Red de recursos familiares

510-547-7322

5232 Claremont Avenue (en el edificio BANANAS), Oakland, CA 94618

Correo electrónico: info@frnoakland.org

www.frnoakland.org

Condado de Contra Costa

Red de padres CARE/ARC

1340 Arnold Drive, Martinez, CA 94553

925-313-0999 ó 800-281-3023

Correo electrónico: info@careparentnetwork.org o careofarc@aol.com

www.contracostaarc.com

Agencias estatales y federales

Departamento de seguros de California (CDI)

Si tiene un plan PPO, EPO, POS, de indemnización o de asociación que no sea “Blue”, contacte al CDI para:

- Presentar una queja u obtener información sobre su seguro de salud,
- Solicitar una Revisión médica independiente, o
- Obtener información sobre cómo escoger un plan de seguros.

Línea directa del consumidor: 800-927-HELP (4357); TDD (800) 482-4TDD

Si llama, prepárese para esperar un rato. Las líneas a menudo están ocupadas.

8:00 AM a 6:00 PM de lunes a viernes excepto días festivos estatales.

www.insurance.ca.gov

Departamento de atención médica administrada (DMHC), Centro de ayuda de la HMO

Si tiene una HMO, un Plan de atención médica administrada de Medi-Cal, o una PPO de Blue Cross o Blue Shield, contacte al Centro de ayuda de la HMO para:

- Resolver un problema urgente o un problema que no puede resolver con su plan de salud,
- Solicitar una Revisión médica independiente (IMR).

1-888-466-2219 o TDD 1-877-688-9891, 7 días a la semana, las 24 horas del día.

Correo electrónico: contactopa@opa.ca.gov

www.hmohelp.ca.gov/ o www.dmhc.ca.gov

Oficina del Defensor del Paciente (OPA)

La OPA es una oficina estatal independiente, trabajando con el Departamento de atención médica administrada.

Si tiene una HMO, un Plan de atención médica administrada de Medi-Cal, o una PPO de Blue Cross o Blue Shield, contacte a la OPA para:

- Información sobre los derechos y responsabilidades de los consumidores de salud.
- “Calificaciones” del plan de salud, grupo médico y del hospital.

Voz: 1-866-466-8900 o TTY 1-866-499-0858

Correo electrónico: contactopa@opa.ca.gov

www.opa.ca.gov

Lea “Cómo Usar su Plan de Salud” (How to Use your Health Plan).

www.opa.ca.gov/about/consumer_information/HMO_Guide.aspx

Departamento del Trabajo de EE.UU.

Si tiene un seguro de salud autoasegurado o ERISA, para información sobre sus derechos en la atención médica:

(415) 625-2481 o (866) 444-3272

www.dol.gov/ebsa

Oficina del defensor de la atención médica administrada de Medi-Cal

Si tiene un plan de atención médica administrada de Medi-Cal, contacte a la oficina del Defensor para:

- Resolver un problema con su plan de salud,
- Obtener información o remisiones, o
- Resolver un problema de inscripción o cancelación urgente.

1-888-452-8609 (muchos idiomas) de lunes a viernes, de 8 AM a 5 PM, excluyendo días festivos.

Correo electrónico: MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov

Defensoría para atención de salud mental de Medi-Cal

Para ayuda con servicios de atención de salud mental de Medi-Cal:

Teléfono: 1-800-896-4042 (muchos idiomas)

Departamento de servicios sociales (DSS) de California, División de audiencias estatales

Si tiene Medi-Cal o Atención médica administrada de Medi-Cal, contacte al DSS para:

- Presentar una solicitud de audiencia estatal (audiencia estatal imparcial)

**Esté consciente de que una vez que solicite una audiencia estatal imparcial, ya no podrá solicitar una IMR. (Vea el Departamento de atención médica administrada arriba). Si sigue el proceso de IMR primero, y no le gusta el resultado, puede entonces solicitar una audiencia estatal imparcial.

1-800-952-5253 (inglés y español)

TDD (800) 952-8349

www.dss.cahwnet.gov/shd/PG1094.htm

Programa Medi-Cal: Elegibilidad, Beneficios, Inscripción

Health Care Options

Ayuda para inscribirse o dejar un programa de atención médica administrada de Medi-Cal

1-800-430-4263 (muchos idiomas)

1-800-430-7077 (TTY)

Servicios Sociales del Condado de Alameda

Social Services Agency

8477 Enterprise Way

Oakland, CA 94621

(510) 639-1090

Servicios Sociales del Condado de Contra Costa

Employment & Human Service Department

40 Douglas Drive

Martinez, CA 94553

1-800-709-8348.

Información de Medi-Cal en el estado: Departamentos de servicios para la atención de la salud

www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MCIndividual.aspx

www.cuidadodesalud.gov/enes/ (español)

Medi-Cal para niños

Encuentre a un Asistente de solicitud en su área: (888) 747-1222

Solicitud en línea: www.healthapp.net

Servicios de salud mental de Medi-Cal (también le da servicio a niños sin seguro)

División de Salud Mental de Contra Costa

Información y ayuda con la atención médica mental y emergencias

Línea directa las 24 horas: 888-678-7277

www.cchealth.org/services/mental_health/

<http://contracosta.networkofcare.org/mh/home/index.cfm>

ACCESS del Condado de Alameda

Información y ayuda con la atención médica mental y emergencias

Línea directa las 24 horas: 800-491-9099

TTY 1-800-653-2373

www.acbhcs.org <http://alameda.networkofcare.org/mh/home/index.cfm>

Otros programas para niños

Programa Healthy Families

Para saber si su hijo califica, y cómo inscribirse: 800-880-5305 o

Para inscribirse en línea: www.healthapp.net/

Para encontrar a un Asistente de solicitud en su área: 888-747-1222

Si su hijo cuenta con cobertura de Healthy Families y si tiene dudas sobre la cobertura:

1-866-848-9166, de lunes a viernes, 8 AM a 8 PM, o los sábados de 8 AM a 5 PM

HealthyFamilies@MAXIMUS.com

Plan de salud infantil de Kaiser

Si desea inscribir a su hijo o si tiene dudas sobre la cobertura.

Teléfono: 800-464-4000 o TTY 800-777-1370

Servicios para los niños de California (CCS)

www.dhcs.ca.gov/services/ccs

CCS del Condado de Alameda

510/208-5970

www.acphd.org/user/services/listing.asp

CCS del Condado de Contra Costa

925-313-6100

Correo electrónico: ccs@hsd.cccounty.us

www.cchealth.org/services/ca_childrens_services/

Recursos comunitarios

Listas de apoyo familiar y del consumidor

Sitio web del Centro Regional de la Bahía Este: <http://www.rceb.org/resources/support.html>

Proyecto médico del hogar del Condado de Alameda: 510-540-8293

Primeros 5 (First 5)

Condado de Alameda: www.ackids.org

Listas de comprobación sobre el desarrollo en sitio web

Condado de Contra Costa: www.firstfivecc.org

(800) 644-2666 o TTY (800) 804-1616

Ayuda legal del Área de la Bahía y el Proyecto pro defensa de la salud comunitaria

Servicios legales civiles gratuitos; ayuda con coberturas de salud, acceso y problemas con el servicio para personas de bajos recursos.

www.healthconsumer.org

Condado de Alameda

Lunes a viernes de 9:00 AM a 5:00 PM.

1735 Telegraph Ave, Oakland, CA 94612

(510) 663-4744

Línea de asistencia legal: (510) 250-5270; (800) 551-5554

Servicio de retransmisión de California: Marque 711 o desde TTY marque 1-800-735-2929

o visite www.ddtp.org/california_relay_service/

Condado de Contra Costa

Lunes a viernes de 9:00 AM a 5:00 PM.

1025 Macdonald Avenue Richmond, CA 94801

(510) 233-9954

Línea de asistencia legal: (510) 250-5270 o (925) 219-3325

Servicio de retransmisión de California: Marque 711 o desde TTY marque 1-800-735-2929

o visite www.ddtp.org/california_relay_service/

Condado de Contra Costa del Este: llame al 510-233-9954.

Through the Looking Glass (TLG)

Investigación, entrenamiento y servicios para familias con un hijo, padre o abuelo con discapacidades o problemas médicos.

3075 Adeline Street, Suite 120

Berkeley, CA 94703

510.848.1112 ó 1.800.644.2666 o (VOZ) o TTY: 510.848,1005

www.lookingglass.org

Disability Rights California – Oficina regional del Área de la Bahía

Información y apoyo para personas con discapacidades incluso en el desarrollo

800.649.0154 (TTY) o 510.267.1200 (Voz)

Programa Head Start (edades de 2-1/2 a 5) y Early Head Start (edades 0-2-1/2)

Cuidado infantil, educación y otros servicios para ayudar a cumplir con las necesidades del desarrollo, salud y de preparación para la escuela de niños de bajos ingresos.

Servicios comunitarios del condado de Contra Costa

Este/Centro del Condado: (925) 427-8852

Oeste del Condado: (510) 374-7144

www.ccccsd.org/faq.html

Condado de Alameda

CAPE – Dublin, Pleasanton, Livermore, Sunol

(925) 443-9380 x 104

Ciudad de Oakland – Oakland

(510) 238-3165

YMCA de Berkeley-Albany – Albany, Berkeley, y Emeryville

(510) 848-9092 x302

Xanthos, Inc. – Ciudad de Alameda

(510) 865-4500

**Servicios para los niños, las familias y la comunidad –
San Leandro, San Lorenzo, Castro Valley, Fremont, Newark, Union City**
(510) 796-9512

Programa Head Start de De Colores – Consejo de la Unidad – Oakland

Fruitvale Village,

(510) 535-6107

Agencias de recursos y remisiones para los niños

Condado de Alameda

BANANAS, Inc.

Condado de Alameda Norte

(510) 658-0381

www.bananasinc.org

Las 4C del Condado de Alameda

Condado de Alameda Sur

(510) 582-2182

www.4c-alameda.org

Enlaces en Cuidado Infantil

Condado de Alameda Este

(925) 417-8733

www.childcarelinks.org

Condado de Contra Costa

Contra Costa Centro

925-676-5437
Central@cocokids.org

Contra Costa Oeste

510-758-5439
West@cocokids.org

Contra Costa Este

925-778- 5437
East@cocokids.org

Consejo de cuidado infantil de Contra Costa

www.cocokids.org/ (inglés) o <http://www.cocokids.org/es/> (español)
www.cocokids.org/finding-care/special-needs.

Organizaciones estatales y nacionales

TACA – Talk About Curing Autism (Plática sobre cómo curar el autismo):

Apoyo e información para familias afectadas por el autismo.
www.tacanow.org

Ayuda en seguros por autismo:

Ayuda a los padres a obtener cobertura de seguro para servicios relacionados al autismo.
www.insurancehelpforautism.com

Cero a Tres (Zero to Three), Centro nacional para bebés y familias:

Informa, entrena y da apoyo a profesionales, autoridades responsables y padres en sus esfuerzos para mejorar las vidas de los bebés.
www.zerotothree.org

Alianza de la familia para la intervención temprana:

Trabaja con las familias y demás sobre la política federal para mejorar el programa de Intervención Temprana.
www.eifamilyalliance.org

El Autismo Habla:

Proporciona información sobre autismo; proporciona fondos para investigar las causas, la prevención, los tratamientos y la cura para el autismo; aboga por las necesidades de familias.
www.autismspeaks.org

GLOSARIO

Agravio — Vea Queja.

Ajuste de seguro — La diferencia en dólares entre la “cantidad permitida” y la cantidad que debe (Kaiser). También significa la diferencia entre los cargos totales y la cantidad que debe el plan de seguro o en combinación el plan de seguro y el miembro. El código de ajustes explica la razón para el ajuste.

Apelación — Una apelación es una solicitud a su plan de salud para revisar de nuevo una decisión que tomó el plan en respuesta a una queja o solicitud para pagar un servicio. Normalmente, las apelaciones involucran fechas límite, tiempos y papeleo y requieren persistencia.

Atención urgente — Cuidados que necesita pronto, usualmente antes de 24 horas, para situaciones médicas que son serias pero no son emergencias.

Audiencia estatal o audiencia estatal imparcial — Una Audiencia estatal de Medi-Cal es una reunión donde explica sus problemas a un juez. Su plan de salud también explica esta parte. Pida una audiencia de Medi-Cal si está en desacuerdo con la decisión del plan de salud para negar, reducir o detener un cuidado.

Autorización o Aprobación — Vea Preaprobación o Preautorización.

Beneficio — Un servicio cubierto por su seguro de salud. Por ejemplo, la atención de emergencia y la atención preventiva son beneficios comunes.

Cantidad permitida — La cantidad considerada como el pago total a un proveedor. El plan de salud, el miembro o una combinación de ambos pueden pagar esta cantidad.

CDI – Departamento de seguros de California — Regula las PPO que no sean de Blue Cross o Blue Shield y todos los planes de Indemnización.

Centro de ayuda — Un programa dentro del Departamento de atención médica administrada que proporciona asistencia a las personas para ayudarles a comprender sus beneficios y derechos en cuidados de la salud y a resolver problemas con su HMO o PPO de Blue Cross/Blue Shield.

Cobertura de grupo — Los planes de salud ofrecidos a un grupo de personas por un empleador, asociación sindicato u otra entidad.

Cobertura individual — Seguro de salud que usted compra para usted mismo y su familia. Usualmente cuesta más que la cobertura de grupo proporcionada a través de un empleador u otro grupo como lo puede ser un sindicato o asociación profesional.

Copago — Tarifa fija (por ejemplo, \$15) que paga cada vez que recibe un servicio de salud cubierto. La cantidad puede variar según el tipo de servicio.

Coseguro — Porcentaje de los costos que debe de pagar cada vez que ve a un doctor, obtiene medicina u obtiene otros servicios. Si su plan tiene deducible, el coseguro es la cantidad que debe de pagar por cuidado médico después de cubrir el deducible.

Cuenta de ahorro de la salud (HSA) — Una cuenta establecida por un empleador o una persona para guardar dinero para gastos médicos libre de impuestos. Cualquier saldo al final del año se “transfiere” al siguiente año.

Cuenta de gastos flexible (FSA) — Las FSA permiten a los empleados usar dinero antes de impuestos para pagar algunos gastos en la atención médica como copagos y atención médica no cubierta.

Cuenta de reembolso de gastos médicos (HRA) — Fondos que un empleador designa que usted puede usar para gastos en cuidados de la salud cubiertos.

Deducible — La cantidad que debe cada año por servicios de salud antes de que el plan de salud comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$1000, su plan no pagará nada hasta que haya pagado \$1000 en servicios de salud cubiertos. El deducible puede no aplicar a todos los servicios.

Descripción de servicios — Los servicios de atención médica recibidos.

DMHC – Departamento de Atención médica administrada de California — Regula las HMO y algunas PPO.

Especialista — Un médico especialista que se enfoca en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones. Un especialista no médico es un proveedor que cuenta con más entrenamiento en un área específica de la atención de la salud.

Evidencia de cobertura (EOC) — Una guía por escrito de su plan de salud que explica lo que cubre y lo que no cubre el plan y las reglas que debe de seguir para obtener cuidados. También se llama Guía para los miembros o Resumen del plan.

Exclusiones — Servicios que no están cubiertos por el plan. A veces los servicios tienen limitaciones. Las exclusiones y limitaciones deben ser claramente descritas en el material del plan.

Fecha de servicio — Fecha en que recibió atención de su proveedor.

Fuera de la red/Fuera del plan — Vea Proveedor no participante

Grupo médico — Un grupo de doctores que cuentan con un negocio en conjunto. Los grupos médicos incluyen doctores de atención primaria, especialistas y otros proveedores.

HMO — Un plan de atención médica administrada en el cual usted escoge un Proveedor de atención primaria y debe obtener todos los servicios de cuidados de salud de doctores y otros proveedores dentro de la red. HMO quiere decir organización para el mantenimiento de la salud.

Limitaciones — Vea Exclusiones

Máximo desembolso — La cantidad máxima que tiene que pagar en un año por servicios. Después de alcanzar el máximo, no tendrá que pagar más por deducibles, copagos o coseguros para la mayoría de los servicios.

Máximo desembolso anual — Vea Máximo desembolso.

Medi-Cal — Programa de Medicaid de California para ayudar a las personas con bajos ingresos a obtener atención médica. Los servicios son gratuitos o de bajo costo, dependiendo del ingreso. Medi-Cal con pago por servicio es Medi-Cal para suscriptores que no pertenecen a un plan de atención médica administrada.

Medicamento necesario — Servicios de atención médica o suministros necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, padecimiento o sus síntomas y que cumplen con estándares de medicina aceptables.

Paciente — Nombre de la persona que obtiene la atención.

PCP — Vea Proveedor de atención primaria

Plan autoasegurado — A menudo ofrecido por empleadores grandes o sindicatos. En lugar de comprar cobertura de una compañía aseguradora, el empleador o sindicato usa sus fondos para pagar las reclamaciones de atención médica de los proveedores.

Plan de atención médica administrada — Los planes de atención médica administrada, más comúnmente una HMO o PPO, involucran un acuerdo entre la aseguradora y una red selecta de proveedores de atención médica (doctores, hospitales, etc.). Los miembros del plan tienen significativos incentivos económicos para usar a los proveedores dentro de la red. Hay estándares específicos para seleccionar proveedores y pasos formales para asegurar que se proporcionen cuidados de calidad. A menudo los planes de indemnización o de pago por servicio tienen algún tipo de atención médica administrada como una revisión de utilización.

Plan de salud conductual — Un plan que cubre los servicios de proveedores de salud mental.

Plan de salud de alto deducible — Un plan que proporciona cobertura completa para eventos médicos de alto costo. Cuenta con un alto deducible y un límite anual de desembolso. Este tipo de plan usualmente se usa con una cuenta de ahorros para la salud o una cuenta para gastos en salud.

Planes de pago por servicio — Vea Seguro de indemnización.

POS — Plan de Punto de Servicio—Una opción de HMO que le permite al momento de recibir un servicio escoger un proveedor que no sea de la HMO, pero con un costo mayor del que pagaría por los proveedores dentro de la red.

PPO — Un plan de atención médica administrada en el cual usted escoge recibir sus cuidados de salud de doctores u otros proveedores dentro de la red (Proveedores participantes) o salir de la red (Proveedores no participantes) y pagar un costo mayor. PPO significa Organización de proveedores preferidos.

Preaprobación, preautorización o autorización — Una decisión de su grupo médico o plan de salud considerando que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicina o equipo médico durable son médicamente necesarios. Se requiere para ciertos servicios antes de recibirlos, excepto en una emergencia. La preaprobación no es una promesa de que su seguro o plan de salud cubrirá el costo.

Programa de salud infantil y prevención de discapacidades (CHDP) — Programa estatal que proporciona evaluaciones y cuidado preventivo para niños de bajos ingresos. El CHDP recibe fondos estatales y federales.

Programa Healthy Families — El Programa de Seguro de Salud Infantil de California es un programa con fondos estatales y federales que atención médica, dental y de la vista para niños de familias de bajos y medianos ingresos.

Proveedor de atención primaria — Su doctor principal que le proporciona directamente cuidados, coordina su cuidado y lo refiere a otros servicios cuando los necesita. También se le llama médico de atención primaria o PCP.

Proveedores preferidos — Vea Proveedor participante

Proveedor no participante o Proveedor no preferido — Un proveedor que no cuenta con un contrato con el plan de salud. Un plan PPO o POS, usted pagará más por ver a un Proveedor no participante. En general, excepto en Servicios de Emergencia, las HMO no pagarán por servicios de Proveedores no participantes.

Proveedor participante — Un proveedor que tiene un contrato con su plan de salud para proporcionarle servicios. También se le llama Proveedor de la Red.

Queja — Una expresión de insatisfacción sobre la forma en que el plan de salud o un proveedor de un plan de salud proporcionan servicios; una solicitud a su plan de salud para solucionar un problema sobre su cuidado. También conocido como “agravio”.

Reclamación/Número de reclamación — Una reclamación es una factura de servicios médicos típicamente enviada a la compañía de seguros por un proveedor de cuidados de la salud. La compañía de seguros asigna a cada reclamación un número único.

Red — Los doctores, grupos médicos, laboratorios, hospitales y otros proveedores que trabajan o tienen un contrato con la HMO o PPO.

Remisión — Una orden por escrito o electrónica que usted debe de tener de su PCP antes de que obtenga cuidados de un especialista, una prueba de monitoreo y otros cuidados que su PCP no le puede dar.

Remisión continua — Una remisión que le permite ver a un especialista sin tener que obtener una remisión de su doctor de atención primaria cada vez.

Responsabilidad del paciente — La cantidad que usted debe. Esto puede ser: un copago, un coseguro o una cantidad aplicada a su deducible.

Revisión médica independiente (IMR) — Si está en desacuerdo con la decisión de su plan de salud después de una apelación, usted puede solicitar una IMR de su caso por parte de profesionales médicos que no son parte de su plan de salud. Si la IMR decide a su favor, su plan de salud debe de proporcionar el tratamiento o servicio. Puede solicitar una IMR a través del CDI o el DMHC, dependiendo de qué tipo de cobertura tenga.

Segunda opinión — Consejo de un segundo doctor sobre sus opciones de tratamiento o la causa o naturaleza de su enfermedad. Tiene derecho a una segunda opinión para planes de salud regulados por el estado de California. Una segunda opinión puede ser dentro de su plan o fuera de la red si tiene una remisión de su doctor y una aprobación de su plan de salud.

Seguro de indemnización — Planes que normalmente le permiten usar cualquier proveedor con licencia. Sus características incluyen deducibles y coseguros. Se les paga una tarifa a los proveedores por cada servicio de salud.

Servicios cubiertos — Servicios médicos, suministros o tratamientos que pagará su plan de salud. Los Servicios cubiertos se enlistan en su EOC y además deben de ser médicamente necesarios para poder ser pagados.

Servicios para los niños de California (CCS) — Programa estatal que ayuda a pagar por el tratamiento de niños con ciertas condiciones o enfermedades crónicas o limitaciones físicas.



MISIÓN

El Centro Regional del Este de la Bahía apoya a personas con retrasos en el desarrollo y a sus familias utilizando herramientas para lograr vidas de calidad y satisfacción, y también establece alianzas con el fin de crear comunidades inclusivas.



Esta publicación está fundada por First 5 Alameda County

EL CENTRO REGIONAL DEL ESTE DE LA BAHÍA

Oficina principal en San Leandro

Creekside Plaza
500 Davis Street, Suite 100
San Leandro, CA 94577

510.383.1200 / 510.618.6100
(Principal)

510.618.6195
(Línea de Remisión
de Intervención Temprana)

Oficina de Concord

Salvio Pacheco Square
2151 Salvio Street, Suite 365
Concord, CA 94520

925.798.3001 (Principal)

Sitio web: www.rceb.org