

Hágalo realidad



**CÓMO ACCEDER A SERVICIOS DE TRATAMIENTO
DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO A TRAVÉS DE
SEGUROS DE SALUD PRIVADOS PARA PERSONAS
CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA**

UNA GUÍA PARA LOS PADRES

Índice

SECCIÓN 1	Acerca de esta guía	1
SECCIÓN 2	Una descripción general de los cambios relacionados con la obtención de servicios para el autismo	2
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios de tratamiento de la salud del comportamiento	4
SECCIÓN 4	Cómo tratar los problemas para obtener servicios de tratamiento de la salud del comportamiento	5
SECCIÓN 5	Información acerca de las normativas de cobertura y el pago de servicios	10
SECCIÓN 6	Consejos para realizar gestiones con su HMO o su plan PPO.....	12
SECCIÓN 7	Repaso de términos	16

Consulte en la sección Repaso de términos las definiciones de los términos que aparecen en negrita en esta guía.

La función principal del centro regional es la de coordinar los servicios para los clientes y sus familias que permitan a los clientes poder llevar vidas más independientes y con mayor plenitud. En el desempeño de esta función, el Centro Regional Harbor algunas veces paga los servicios, y además ayuda a las familias a identificar y acceder a otras fuentes de pago para las cuales son elegibles. Estos pueden incluir programas públicos, como la escuela pública, Medi-Cal y Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Support Services - IHSS), y recursos privados como fideicomisos de los clientes y seguros médicos. La Ley Lanterman nos exige buscar estas otras fuentes de cobertura antes de que nosotros paguemos por los servicios.

El propósito de esta guía es describir los cambios recientes en las leyes de California, relacionados con la forma en que usted y su familia podrían recibir servicios de atención del autismo. Quizá hasta ahora usted ha recibido servicios para atención del autismo para su hijo, tales como tratamientos de salud del comportamiento que incluye el Análisis Aplicado del Comportamiento (Applied Behavior Analysis - ABA) a través del Centro regional y/o el sistema de escuelas públicas. Ahora estos servicios pueden estar disponibles a través de su compañía de seguro de salud privado.

Esta guía:

- Describirá algunos de los cambios que se realizaron,
- Le brindará alguna información sobre cómo obtener servicios de tratamiento para la salud del comportamiento a través de seguros de salud privados, y
- Describirá qué hacer si tiene algún problema para obtener servicios de salud del comportamiento.

de

SECCIÓN
1

U

¿QUÉ SERVICIOS PARA EL AUTISMO ESTÁN

INCLUIDOS? Los servicios de **tratamiento de salud del comportamiento** son suministrados a **personas con trastornos del espectro autista** e incluyen intervenciones de tratamientos tales como **Análisis Aplicado del Comportamiento (ABA)** y otras **intervenciones basadas en evidencias**.

¿QUIÉN SE VE AFECTADO POR LOS CAMBIOS?

Los cambios descritos aquí generalmente se aplican a familias con seguros médicos privados, es decir seguro de salud que usted compra directamente o tiene a su disposición como un beneficio a través de su empleo. Esto podría incluir un plan de atención médica administrada (HMO, por su sigla en inglés) o un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO).

En virtud de la nueva ley, las familias con seguro de salud privado obtendrán los servicios de tratamiento de salud del comportamiento necesarios, incluso ABA, a través de su plan de seguro de salud y no a través del centro regional.

SECCIÓN

2

¿Y SI MI FAMILIA/MI HIJO TIENE SEGURO DE SALUD PRIVADO Y MEDI-CAL?

Es probable que estos cambios se apliquen a su caso. En general, el seguro de salud privado es la cobertura primaria, lo que significa que su seguro de salud privado paga los servicios de cuidado de salud antes que Medi-Cal.



SECCIÓN
2

SECCIÓN 3

¿CÓMO OBTENGO ABA U OTROS SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO PARA MI HIJO A TRAVÉS DE MI PLAN DE SEGURO DE SALUD?

- Pregunte al médico o proveedor de cuidado primario (PCP) de su hijo acerca de los servicios de tratamiento de salud del comportamiento que usted considera que son apropiados para su hijo. Si el doctor piensa que los servicios son apropiados, y/o **médicamente necesarios**, le entregará una referencia o una receta.
- Lleve la receta al proveedor de servicios de tratamiento de salud del comportamiento sugerido.
- Siga las políticas y procedimientos de tratamiento.

¿Y SI EL MÉDICO O PCP DE MI HIJO NO ME ENTREGA UNA REFERENCIA O RECETA PARA SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO?

Si el doctor no autoriza los servicios que usted considera apropiados y/o médicamente necesarios y usted pertenece a un plan de atención médica administrada (HMO), puede solicitar una segunda opinión de otro médico o proveedor médico dentro de la red de salud del plan.

Si usted está inscrito en una organización de proveedor preferido (PPO), es posible que usted pueda elegir proveedores ya sea dentro de la red del plan o un proveedor fuera de la red.

¿Y SI RECIBO UNA NEGATIVA DE SERVICIOS DE MI PLAN DE SEGURO DE SALUD?

Si usted recibe una negativa verbal o escrita puede presentar una apelación ante el plan de salud. Una “apelación” es un proceso formal para manifestar su desacuerdo con la decisión del plan y solicitar que se revoque.

SECCIÓN
4

SECCIÓN 4

¿CÓMO PRESENTO UNA APELACIÓN ANTE MI PLAN DE SEGURO DE SALUD?

Usted puede presentar una apelación a través del departamento de Servicios para miembros del plan.

Para llamar, verifique en su tarjeta de ID de miembro del seguro de salud el número de teléfono del Servicio para miembros del plan. Un representante de Servicios para miembros quizá pueda ayudarle a presentar una apelación por vía telefónica. Al llamar, pregunte si alguien puede ayudarle con un problema relacionado con servicios para el autismo.

Para presentar su apelación por escrito, puede enviar una carta al plan de seguro de salud junto con cualquier documentación de respaldo tal como expedientes médicos que puedan respaldar el caso de su hijo. Generalmente la dirección postal del plan aparece impresa en su tarjeta de ID de miembro; de lo contrario, pregunte al representante de Servicios para miembros la dirección designada para enviar una apelación.

También puede presentar una apelación directamente en el sitio Web del plan de seguro de salud.

¿CUÁNTO DEMORA EL PROCESO DE

APELACIONES DE SEGURO DE SALUD PRIVADO?

El plan de seguro de salud por lo general dispone de un plazo de treinta (30) días para responder a una apelación. Sin embargo, en ciertos casos, cuando la vida o la salud a largo plazo de una persona está en riesgo usted quizá pueda obtener una respuesta más rápida, conocido como una “apelación expedita”. Pregunte al representante del departamento de Servicios para miembros si usted considera que esto es aplicable a su hijo.

¿Y SI OCURRE UN RETRASO O NECESITO

AYUDA ADICIONAL? ¿QUIÉN MÁS PUEDE AYUDARME?

Si usted no recibe una respuesta escrita en un plazo no mayor de treinta (30) días o si el asunto es urgente y no puede esperar la respuesta de la revisión del proceso de apelación (tal como se describe anteriormente) puede comunicarse con el estado directamente para obtener asistencia. Su tarjeta de ID de miembro debe contener la información de la oficina estatal que supervisa a su plan de seguro de salud.

SECCIÓN 4

SECCIÓN 4

Para los planes de atención médica administrada, (HMO) y los planes emitidos por Anthem Blue Cross of California y Blue Shield of California comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada:

Department of Managed Health Care
California Help Center
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814
1-888-466-2219
www.dmhc.ca.gov

Para la mayoría de planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO) comuníquese con el Departamento de Seguros de California:

California Department of Insurance
Consumer Communication Bureau
300 South Spring Street, South Tower
Los Angeles, CA 90013
1-800-927-HELP (4357)
www.insurance.ca.gov

¿Y SI LA DECISIÓN DEL PLAN NO ME FAVORECE?

Si el plan HMO o PPO le niega su apelación, el plan puede enviarle información acerca de su derecho a solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR - Independent Medical Review). El proceso IMR le permite obtener una revisión externa o independiente de su caso con un médico u otro especialista médico que no está afiliado con su plan. Si esta opción está disponible para usted y usted cumple los criterios de elegibilidad, le será indicado en su carta de negación, pero no dude en preguntar sobre esto cuando se comunique con su plan HMO o PPO.

Las oficinas estatales que supervisan pueden también proporcionarle información acerca de la Revisión Médica Independiente.



SECCIÓN 4

Información de las no cobertura y

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO?

A fin de que los servicios de tratamiento de salud del comportamiento estén cubiertos por un seguro de salud privado, estos deben cumplir ciertas normativas específicas según se estipula en la ley.

- La intervención mediante tratamiento de salud de la conducta debe ser prescrita por un médico autorizado o desarrollada por un psicólogo autorizado.
- La intervención con tratamiento de salud de la conducta debe ser suministrada en virtud de un plan de tratamiento administrado ya sea por un **proveedor calificado de servicios para el autismo** o por un profesional o un asistente profesional supervisado.
- El plan de tratamiento de salud de la conducta incluye **metas mensurables** durante un período de tiempo determinado.
- El plan de tratamiento de salud del comportamiento no se utiliza para proporcionar o pagar servicios de relevo, guardería ni educativos.

¿QUÉ SERVICIOS DE CUIDADO DE SALUD DIFERENTES A LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO ESTÁN CUBIERTOS?

Es muy probable que su seguro sí le proporcione servicios de cuidado de salud médicamente necesarios para su hijo con trastornos del espectro autista, entre los que se incluyen:

- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla

Para obtener más información, consulte la publicación del HRC: *“Hágalo realidad: Cómo solicitar cobertura de un plan de salud para terapia del habla, terapia física y ocupacional para un hijo”*.

¿QUÉ ES LO QUE DEBO PAGAR? Los términos de cobertura para el tratamiento de salud del comportamiento para trastornos del espectro autista son los mismos que los de otras afecciones de salud según se indica en su **Evidencia de Cobertura** y pueden incluir aportaciones de su propio bolsillo al costo de gastos compartidos, como **copagos**, **coseguros** y **deducibles**.

SECCIÓN 5

Consejos para

Hay algunas cosas simples que usted puede hacer para lograr que todo marche muy bien con las gestiones de su plan de seguro de salud.

SUGERENCIA 1. NO ASUMA QUE EL PLAN ES

SU ADVERSARIO. En general, los planes HMO y PPO están constituidos por personas que intentan hacer lo correcto por sus miembros. Al iniciar una solicitud al plan, por lo general es útil comenzar con cortesía y una actitud positiva. No debe suponer que su solicitud será denegada.

SUGERENCIA 2. SIEMPRE OBTenga EL NOMBRE DE LA PERSONA CON QUIEN HABLE POR TELÉFONO.

Debido a que puede obtener diferentes respuestas de diferentes personas en el plan, asegúrese de anotar el nombre del representante o representantes con quienes usted hable.

SUGERENCIA 3. RECUERDE LO QUE DICE LA SECCIÓN 4659 DE LA LEY

LANTERMAN. Esta sección dice que, antes de que el centro regional pague por un servicio, se debe “identificar y tratar de acceder a todas las posibles fuentes de financiamiento... [para el servicio] incluidas las organizaciones y entidades privadas” como las compañías de seguros. En otras palabras, el centro regional se convierte en

SECCIÓN

6

el segundo pagador de los servicios, después del plan de seguro de salud privado. Puede ser útil mencionar esta disposición al tratar con personas en el plan, particularmente si ellas intentan transferirle de vuelta al centro regional.

SUGERENCIA 4. SIGA LAS NORMATIVAS DEL PLAN DE SEGURO DE SALUD.

Algunos planes de seguros de salud estipulan que los miembros vean primero a su médico de cuidado privado (PCP) u obtengan una “preautorización” para obtener una referencia a tratamientos de salud del comportamiento o servicios de cuidado de especialidad según sea necesario para tratar los trastornos del espectro autista. Si su plan requiere esta opción, asegúrese de seguir el procedimiento. Algunas veces las personas visitan directamente a un proveedor fuera de la red del plan. Si hace esto, puede complicar su intento de lograr que el plan pague los servicios y/o puede aumentar la cantidad de sus gastos de su propio bolsillo.

SUGERENCIA 5. ESTÉ PREPARADO PARA TRABAJAR CON EL PROVEEDOR/ ESPECIALISTA QUE EL PLAN LE PROPORCIONA. Si usted está en un plan de atención médica administrada (HMO) podría estar limitado a una red de proveedores.

SECCIÓN 6

SECCIÓN 6

No obstante que la red debe incluir profesionales de cuidado de salud que sean expertos en el tratamiento de trastornos del espectro autista, la red podría no incluir el experto particular que usted desea consultar (por ejemplo, un profesional sobre el cual usted ha escuchado opiniones de otros padres). Es muy probable que usted tenga que aceptar un profesional de cuidado de salud con quien el plan tenga suscrito un contrato, a menos que usted pueda presentar un argumento muy convincente acerca de por qué el proveedor que usted desea es más apropiado para tratar a su hijo que los que están incluidos en la red del plan de salud.

SUGERENCIA 6. CONOZCA ACERCA DEL PROCESO DE APELACIONES DE SU PLAN.

Los planes HMO y PPO tienen un proceso formal para los miembros que no están de acuerdo con una decisión y solicitan que la decisión sea revocada. El proceso se llamaba *apelación, reconsideración, o queja formal*. (En este documento nos referimos al proceso como apelación). Si usted solicita a su plan el pago de un servicio y ellos niegan la solicitud verbalmente, solicite una carta de negación por escrito con la información que usted necesita para apelar la decisión. Usted puede encontrar información acerca del proceso de apelación en su Manual del miembro o “Evidencia de cobertura”.

SUGERENCIA 7. CONOZCA EL PROCESO DE REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE VIGENTE EN EL ESTADO.

California cuenta con un proceso para el cual usted puede ser elegible de utilizar para solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) de la negación del plan a su reclamación. Esta revisión es realizada por médicos y otros especialistas médicos que no están afiliados con los planes que revisan. Por lo general, usted puede utilizar este proceso si falla en su intento con el proceso de apelación del plan.

PUNTOS A RECORDAR Al tratar con su plan de seguro, existen algunos puntos importantes que debe recordar:

- **Recuerde** la sección 4659 de la Ley Lanterman.
- **Siga** las normativas de su plan de salud al tratar de obtener los servicios.
- **Solicite** a su médico o profesional de cuidado de salud autorizado los servicios de tratamiento de salud del comportamiento que usted considere que son apropiados para su hijo.
- **Presente** una apelación si el plan le niega los servicios solicitados.
- **Conozca** sobre el plan de Revisión Médica Independiente de California.

SECCIÓN 6

R

Tratamiento de salud del comportamiento se refiere a un tratamiento para afecciones de salud mental. En este contexto, el tratamiento de salud del comportamiento se refiere a servicios profesionales y programas de tratamiento que desarrollan o restauran el funcionamiento de un individuo con trastornos del espectro autista.

Trastornos del espectro autista generalmente incluyen autismo, trastorno generalizado del desarrollo, trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra manera (PDD-NOS) y trastorno de Asperger.

Análisis Aplicado del Comportamiento (ABA) es la ciencia del aprendizaje acerca de los comportamientos y factores que contribuyen al comportamiento. Una vez que se identifican los factores que influyen en el comportamiento, las técnicas ABA pueden utilizarse para ayudar a los cuidadores a ajustarse a estos factores en un esfuerzo para cambiar ciertos comportamientos. Las nuevas habilidades se enseñan a la persona a fin de sustituir los comportamientos no deseables. ABA se utiliza frecuentemente para resolver problemas del comportamiento y mejorar los síntomas relacionados con el autismo.

SECCIÓN



Basado en evidencia se refiere a tratamientos que la investigación científica ha demostrado que son eficaces para niños que padecen de trastornos del espectro autista.

Médicamente necesario generalmente se refiere a servicios de cuidado de salud que su médico determina que son necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de su afección médica o de salud mental.

Proveedor de servicio calificado para el autismo se refiere a una persona o grupo que está certificado por una entidad acreditada nacional, por ejemplo un proveedor certificado por la Junta de Certificación de Analistas del Comportamiento (Behavior Analyst Certification Board), o un médico, psicólogo u otro profesional autorizado que brinde los servicios que se encuentran dentro de la experiencia y competencia del autorizado.

Metas mensurables se refiere a las normativas que el proveedor utiliza para cuantificar el avance hacia los objetivos del tratamiento.

La Evidencia de Cobertura o Manual del Miembro describe lo que está cubierto por el contrato de su plan de salud y que pueden ser obtenidos a través de Servicios para miembros de su plan de salud.

Un **copago** es una cuota fija que usted puede pagar cuando visita a un médico u obtiene una receta o bien para otros servicios de cuidado de salud.

Coseguro es un porcentaje del costo de servicios; usted puede pagar un coseguro cuando visita a un médico o al obtener una receta, u otros servicios de cuidado de salud.

Un **deducible** es la cantidad que usted debe pagar por servicios de cuidado de salud cada año antes de que su plan o seguro de salud comience a pagar.





HARBOR DEVELOPMENTAL DISABILITIES FOUNDATION, INC.
21231 Hawthorne Boulevard, Torrance, CA 90503
(310) 540-1711 www.harborrc.org

octubre 2013