

CONEXIONES PARA CUIDADO MÉDICO:

Guía para Familias de Niños que Necesitan Cuidado Médico Especial

Producido por
Bay Area Family Health Links

Center for Access to
Resources & Education (CARE)

Family Resource Network
Of Alameda County

Matrix Parent Network
and Resource Center

Support for Families of Children
With Disabilities

Este proyecto ha sido patrocinado por California State Council on Developmental Disabilities, PDF Ciclo XX, Contrato #HD979050. La actualización y reimpresión se han hecho con fondos de California Health Care Foundation (Fundación de California para la Salud), 2001.

Revisado 7/07/06

PREFACIO

“Conexiones para Cuidado Médico: Guía para Familias con Niños que Necesitan Cuidado Médico Especial” es el resultado de un proyecto de colaboración entre cuatro Centros de Recursos para Familias:

Center for Access to Resources & Education (CARE)
1350 Arnold Drive, Suite 203
Martinez, CA 94533
Teléfono: (925) 313-0999
Fax: (925) 370-8651
E-mail: careofarc@aol.com

Family Resource Network of Alameda
5232 Claremont Avenue
Oakland, CA 94618
Teléfono: (510) 547-7322
Fax: (510) 658-8354
TDD: (510) 658-2307
E-mail o-frnoak@inreach.com

Matrix Parent Network and Resource Center
94 Galli Drive, Suite C
Novato, CA 94949
Teléfono: (415) 884-3535
Fax: (415) 884-3555
TDD: (415) 884-3554
E-mail: matrix@matrixparents.org
Web: matrixparents.org

Support for Families of Children with Disabilities
2601 Mission Street, Suite 606
San Francisco, CA 94110
Teléfono: (415) 282-7494
Fax: (415) 282-1226
E-mail: info@supportforfamilies.org

Aunque esta guía ha sido revisada por muchas personas para asegurar su veracidad, la información que contiene puede cambiar en cualquier momento. Pídale a las personas con quienes trabaja copias de los reglamentos, pólizas y guías actuales por si tiene dudas o preguntas.

TABLA DE CONTENIDOS

RECONOCIMIENTOS

A. VALORES ESENCIALES PARA PROVEER CUIDADO MÉDICO

B. DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS

- Descripción de planes de salud administrados, planes de seguro para cuidado privado de la salud, y programas públicos para los que pueden calificar las familias de niños que necesitan cuidado médico especial
- Gráfica Federal del Nivel de Pobreza

C. CÓMO ESCOGER UN PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO Y PROVEEDOR MÉDICO

- Consejos para escoger el plan y el proveedor médico adecuado para su hijo(a)
 - Hoja de Apuntes: Cómo Escoger un Proveedor Médico Principal

D. COLABORANDO CON SU PROVEEDOR MÉDICO

- Consejos para comunicarse bien y colaborar con los proveedores médicos de su hijo(a)
 - Hoja de Apuntes: Preguntas e Inquietudes
- Cómo Mantener sus Archivos
 - Hoja de Apuntes: Lista de Llamadas Telefónicas
 - Hoja de Apuntes: Lista de Contactos Importantes
 - Formulario: Autorización Para Obtener Expedientes Médicos

E. PARA EFECTUAR CAMBIOS: ASISTIR Y ABOGAR

Consejos para cómo asistir y abogar por su hijo(a)

- Qué hacer cuando las cosas no marchan bien:
 - A Quién Contactar, Procedimientos Para Quejas, Gráfica de Servicios
- Consejos Útiles para Redactar Cartas
 - Ejemplo de Carta 1
 - Ejemplo de Carta 2
- Agencias que Regulan y Controlan o Agencias de Seguimiento (Monitoring Agencies)

F. RECURSOS

- Organizaciones Nacionales
- Recursos Estatales (por el Estado)
- Recursos Locales

G. GLOSARIO

Definiciones de Términos de Cuidado Médico

H. REFERENCIAS

RECONOCIMIENTOS

Este Manual representa un esfuerzo de colaboración entre cuatro centros de Recursos para familias del Área de la Bahía: Center for Access to Resources & Education, Family Resource Network, Matrix Parent Network and Resource Center, y Support for Families of Children with Disabilities. Nos gustaría reconocer al California State Council on Developmental Disabilities (PDF Ciclo XX, Contrato #HD979050) por su apoyo a esta valuable guía para padres con niños que necesitan cuidado médico especial.

Las contribuciones de las personas que a continuación nombramos son reconocidas con gratitud:

- **Anquanitte Barnes, MPH**, Coordinadora de Promoción de Salud, Partnership HealthPlan of CA, Suisun, CA
- **Barbara Bennett, MD**, Directora de Pediatría de Desarrollo, California Pacific Medical Center, San Francisco, CA
- **Candida Brown, MD**, Departamento de Neurología Pediátrica, Kaiser Permanente, Walnut Creek, CA
- **Patricia Bruno, JD**, Coordinadora para el Área de la Bahía, Health Access Medi-Cal Community Assistance Project (MedCAP), San Francisco, CA
- **Rokhsareh Charney, MD**, California Children Services, San Mateo County, CA
- **Lucy Crain, MD, MPH**, Presidenta, Distrito de California, American Academy of Pediatrics; Profesora Clínica de Pediatría & Directora de Discapacidades Pediátricas & Clínicas de Síndrome de Down, University of California, San Francisco, CA
- **Mildred Crear, RN, PHN**, Salud Materno Infantil, San Francisco Health and Human Services, San Francisco, CA
- **David Banda**, Children's Medical Services Branch, State of California, Sacramento, CA
- **Elissa Gershon**, Abogada, Protection and Advocacy, Inc., Sacramento, CA
- **Cindy Grace**, Madre de un niño que necesita cuidado médico especial, Martinez, CA
- **Maridee Gregory, MD**, Jefa de Children's Medical Services Branch, State of California, Sacramento, CA
- **Noeta Hester, RN**, Gerente de Revisión de Utilización y Manejo de Casos, Alameda Alliance for Health, y madre de un niño que necesita cuidado especial, Alameda, CA
- **Patricia Jackson, RN, PHN**, Departamento de Family Health Care Nursing, University of California, San Francisco, CA

- **Gwendolyn Johnson, MD**, Directora de Newborn Nursery and Child Development Clinic, Contra Costa Regional Medical Center, Martinez, CA
- **Dorothy Jones, RN**, Rehabilitación Pediátrica, Madre de un niño que necesita cuidado médico especial
- **Juli Miletich, RN**, Enlace para las Personas con Retraso del Desarrollo, Contra Costa Health Plan, y madre de un niño que necesita cuidado médico especial, Martinez, CA
- **Trish Rockeman**, Madre de un niño que necesita cuidado médico especial, Pinole, CA
- **Pamm Shaw**, California Child Care Health Program, California Early Intervention Technical Assistance Network (CEITAN), Sacramento, CA
- **Rocio Smith**, Directora Ejecutiva, Area Board 5 para Discapacidades del Desarrollo, Oakland, CA
- **Laurie Soman**, Directora de Proyectos, Children's Regional Integrated Service System, Center for the Vulnerable Child, Children's Hospital, Oakland, CA
- **Diana Tang Duffy, MD**, Medicina Pediátrica y Adolescente, San Francisco, CA
- **Andrea Youngdahl, MSW**, Coordinadora de Servicios Asociados a Escuelas, Alameda County Interagency Children's Policy Council, San Leandro, CA
- **Julie Zumwalt, MSW, LCSW**, Madre de Enlace, Children's Medical Services Branch, State of California, Sacramento, CA

VALORES ESENCIALES PARA PROVEER CUIDADO MÉDICO

La Academia Americana de Pediatría ha endorsado los valores esenciales definidos a continuación. La Academia cree que el cuidado médico debe ser “accesible, continuo, total, enfocado en la familia, coordinado y con compasión humana,” y debe ser provisto o dirigido por doctores bien entrenados que “pueden administrar o facilitar esencialmente todos los aspectos” de cuidado médico. La Academia cree que el médico debe “ser conocido por el niño y su familia y debe ser capaz de desarrollar una relación de responsabilidad mutua y confianza con ellos.” (American Academy of Pediatrics, 1992)

Estos valores deben formar la base para el desarrollo y evaluación de sistemas de cuidado médico para familias con niños que necesitan cuidado médico especial.*

Cuidado con Enfoque Familiar. Este sistema de cuidado reconoce la importancia de la familia y eso se refleja en el modo en que los servicios se planean y se ofrecen. Facilita la colaboración entre padres y profesionales, responde favorablemente a las necesidades de la familia, y a las prioridades que esa familia se ha impuesto para sí misma. Reconoce y cuenta con la fortaleza del individuo y de la familia, y respeta la diversidad de las familias.

Decisión de Consumidor Bien Informado. Este sistema de cuidado ofrece información completa e imparcial a las familias sobre las opciones financieras para cuidado médico que hay disponibles para ellos. La estructura, los beneficios, servicios, y puntos de acceso se explican claramente y en el idioma que la familia mejor entiende. La decisión del consumidor se logra cuando las preferencias de las familias son las que determinan quiénes van a ser los proveedores principales, los de cuidado especializado, y qué facilidades médicas se van a usar.

Cuidado Colaborativo. El papel que desempeñan las familias como personas principales que toman las decisiones, y como los que prestan asistencia al paciente se reconoce, y se apoya, por medio de sistemas financieros de salud que pagan por esos servicios, y así apoyan esas funciones. La participación de la familia en la decisión de distribuir los recursos de cuidado para la salud se logra cuando los padres de familia son reconocidos como los que deben tomar las decisiones con respecto al desarrollo de planes individualizados de salud.

Información Compartida. Este sistema de cuidado médico debe asegurar que toda información concerniente a diagnóstico, tratamiento, pronóstico, y recursos, deben ser compartidos con todos los miembros del grupo o equipo médico, lo cual incluye también a la familia.

Basado en la Comunidad. Este sistema de cuidado médico responde a las necesidades que la comunidad ha identificado y usa la información de la comunidad para satisfacer esas necesidades. Los servicios se ofrecen dentro o cerca del corazón de la comunidad, en la medida posible.

* El Sub-Comité del Comité Consejero de Managed Care Initiative of Children’s Special Health Care Services por este medio reconoce que utilizó documentos que Maternal and Child Health Bureau, New England SERVE, Family Voices, y otros, les facilitaron, para poder desarrollar la lista de valores y definiciones ofrecidas en esta sección.

Adaptado de *Managed Care for Children with Special Health Care Needs: Physician Care Management Model* por Subcommittee on Managed Care Initiative of Children’s Special Health Care Services Advisory Committee.

Competencia Cultural. Este sistema de cuidado médico honra y respeta los varios idiomas, creencias culturales, valores, estilos interpersonales, actitudes, y conducta de las familias. El respeto hacia todos esos valores se incorpora en todas las pólizas, administración, y prácticas del sistema.

DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS

CONTENIDO

El cuidado médico en California se ofrece a niños que necesitan atención médica especial por medio de varios programas y/o agencias. Esta sección describe:

- Cosas que necesita saber
- Seguros Médicos Privados
 - Pago-Par-Servicio
 - Planes de salud administrados
 - Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMOs)
 - Planes de Salud Punto de Servicio (POS)
 - Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPOs)
- Gráfica para Comparar Programas de Cuidado Médico de la Salud Pública
 - Medi-Cal
 - Child Health and Disability Prevention (CHDP) – Salud Infantil y Prevención de Discapacidades
 - Healthy Families
 - CaliforniaKids
 - Kaiser Permanente Cares for Kids Child Health Plan – Plan Médico Infantil Cares for Kids de Kaiser Permanente
 - Early Start Under Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) – Comienzo Temprano bajo la Ley de Educación Para Individuos con Discapacidades
 - In-Home Supportive Services (IHSS) – Servicios de Apoyo en Casa
 - California Children Services (CCS) – Servicios para Niños de California
 - Genetically Handicapped Persons Program (GHPP) – Programa de Personas Genéticamente Discapacitadas
 - Women, Infants, Children Program (WIC) – Programa para Mujeres, Bebés y Niños
 - Regional Center – Centro Regional
 - Community Mental Health – Salud Mental Comunitaria
- Gráfica Federal del Nivel de Pobreza

CÓMO USAR ESTA SECCIÓN

- Si tiene seguro médico privado, revise esta sección y compárela con su seguro actual y los beneficios que cubre. También vea la Sección C (Cómo Escoger un Plan de Salud Administrado y Proveedor Médico), para ver si los beneficios médicos que su plan cubre son los que usted necesita y son los que le convienen.
- Si su hijo(a) está actualmente inscrito en alguno de los programas públicos que se ofrecen puede revisar el contenido de esta sección y compararlo con los servicios que su hijo(a) está recibiendo.

- Si piensa que su hijo(a) califica para servicios ofrecidos por cualquiera de los programas públicos descritos, revise los requisitos para poder calificar y llame a los números estatales y/o locales que aparecen en esta sección o en la Sección F (Recursos).

Obtener cuidado médico apropiado para niños que necesitan atención médica puede ser un reto enorme. Un primer paso es buscar suficiente información para saber cuáles son las opciones que existen. A continuación se describen varias clases de seguros médicos privados que generalmente existen.

PROGRAMAS PRIVADOS DE SEGURO MÉDICO

Un plan de seguro médico privado se puede adquirir individualmente o por medio de su trabajo como parte de un plan de grupo.

Planes de Indemnización o Compensación Tradicionales (Pago-Par-Servicio)

Estos planes de seguro médico eran los más conocidos y usados. La compañía de seguros cubre un porcentaje del costo de los servicios, y el resto de los costos corren por cuenta de la familia. Cuando la familia se hace responsable de pagar lo que se debe, a esa parte del pago se le llama copago. Los planes de seguro generalmente exigen deducibles, una cantidad de dinero que hay que pagar, lo mismo que el copago, antes de que el seguro pague por sus gastos médicos. Los seguros de indemnización le permiten escoger de una gran variedad de proveedores, pero sus gastos propios son mayores que si tienen otro tipo de plan de seguro médico. Los seguros de indemnización cubren costos médicos de largo plazo y/o gastos imprevistos, pero generalmente, no cubren exámenes de rutina, ni cuidado preventivo como chequeos generales y exámenes de rutina para los niños.

Planes de Cuidado Administrado

Los sistemas de cuidado administrado controlan costos porque examinan constantemente los servicios que ofrecen, y se concentran en ofrecer medidas de salud que son preventivas.

Como parte del cuidado administrado, los planes de salud, llamados también organizaciones de cuidado administrado, reciben mensualmente una suma fija por cada persona que pertenece a su plan. Por ese dinero, las organizaciones acceden a “administrar” los servicios médicos de la persona, y le dan el cuidado médico que necesita. Las personas que se inscriben en estos planes de salud deben escoger un doctor (o a veces una enfermera) [Proveedor Médico Principal] para que coordine sus servicios médicos. Cuando las personas necesitan ver a un especialista o necesitan otros servicios que su doctor principal no puede darles, deben pedirle a su doctor principal que les dé una referencia. Los planes de salud de cuidado administrado requieren pagos mensuales que son pagos de primas que hace el seguro. La diferencia entre estos planes y los de indemnización, es que uno debe hacer un copago cada vez que va a consultas médicas, y hacer co-pagos por recetas y otros servicios médicos selectos.

Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMOs)

Estas organizaciones sirven de ejemplo de planes de salud de cuidado administrado que ofrecen cobertura por servicios médicos a sus miembros, por medio de cadenas selectas de doctores, hospitales, y otros profesionales de salud. Operan bajo diversos modelos, como por ejemplo:

Modelo de HMOs con Personal generalmente son propietarios y administradores de sus propios centros médicos o clínicas, donde los doctores y otros profesionales médicos son empleados asalariados. Muchos servicios bajo un techo permiten la coordinación de los servicios. Estas clases de HMOs también pueden examinar constantemente la calidad y costos de sus médicos y servicios.

Adaptado de “Paying the Bills: Tips for Families on Financing Health Care for Children with Special Needs” de New England Serve y “PASSPORT: For Children with Special Health Care Needs” de University Affiliated Program, Child Development and Rehabilitation Center, Oregon Health Science University.

Modelo de HMOs de Grupo están generalmente compuestos por uno o más grupos de médicos que no le pertenecen al HMO. El HMO contrata al grupo médico para ofrecer o coordinar los servicios médicos que cubren a cada miembro del HMO que es paciente del grupo médico.

Asociaciones Independientes de Prácticas Médicas (IPA)

IPAs es actualmente el tipo de HMOs que más rápidamente está creciendo en los Estados Unidos. IPAs incluyen prácticas médicas de doctores privados a quienes se les paga una tarifa, o una suma fija de dinero, por cada paciente de la IPA que traten. Una de las ventajas de este tipo de HMO es que usted tendrá el mayor número de médicos de donde escoger.

Punto de Servicio (POS)

Estos planes de salud ocupan un lugar entre el plan HMO común, y el plan tradicional de costo-por-servicio (o seguro de indemnización). Un miembro de un plan de salud POS puede recibir cuidado médico de doctores y hospitales que son parte de la red de HMOs, o de otros que no son parte de esa red, y los costos se los cubren en ambos casos. Esta clase de opción es más cara, y no todos los HMOs, ni los lugares de trabajo, la ofrecen. Esto puede resultar para la persona en copagos más altos, o gastos de su propio bolsillo por escoger servicios médicos que no pertenecen al plan. Es posible que también deba completar formularios para las consultas con esos otros doctores.

Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO)

Son una red de doctores y hospitales creados por las compañías de seguros o por lugares de trabajo, para ofrecer cuidado médico a un costo más bajo que los seguros tradicionales. Como los PPO son menos “administrados” que el cuidado médico de los HMO, las primas de seguro normalmente son más altas. También pueden imponer restricciones como condiciones médicas pre-existentes, exclusiones, y períodos de espera.

**GRÁFICA PARA COMPARAR PROGRAMAS DE CUIDADO MÉDICO
CHILDREN’S HEALTH ACCESS AND MEDI-CAL PROGRAM (CHAMP)
(PROGRAMA DE ACCESO A LA SALUD PARA NIÑOS Y MEDI-CAL)**

PREGUNTAS	MEDI-CAL	CHILD HEALTH AND DISABILITY PREVENTION (CHDP) (SALUD INFANTIL Y PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES)	HEALTHY FAMILIES
¿Dónde puedo/podemos solicitar estos servicios?	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitudes completadas para niños y mujeres embarazadas que califican para el Medi-Cal gratis pueden ser enviadas por correo: llame al (888) 747-1222 (gratis) • En oficinas del Medi-Cal y otros lugares de la comunidad como clínicas, hospitales y escuelas (vea la lista). 	<ul style="list-style-type: none"> • En la consulta de su doctor o clínica que sea “aprobada por el CHDP” (autorizada para ofrecer servicios CHDP). • En oficinas locales del CHDP y otros lugares de la comunidad (clínicas y escuelas). • Llame al 800-993-CHDP (gratis) para más información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llame al 800-880-5305 (gratis) para que le manden una solicitud y manual por correo. • Solicitudes completadas se pueden mandar por correo. • También puede solicitar servicios en las oficinas del Medi-Cal, en clínicas, hospitales, escuelas y en internet.
¿Cuánto se tarda en recibir?	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta 45 días-generalmente tarde mucho menos tiempo • Otro programa, Presumptive Eligibility, ayuda a mujeres para que reciban cuidado prenatal mientras su solicitud de Medi-Cal está siendo procesado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede recibir servicios inmediatamente si califica para CHDP. 	<ul style="list-style-type: none"> • La solicitud de su hijo(a) debe ser procesado antes de 10 días a partir de la fecha de recibo. • Debería recibir una respuesta por correo antes de 20 días.
¿Qué beneficios podemos obtener mi hijo(a) o yo?	<ul style="list-style-type: none"> • Medi-Cal cubre: consultas, hospitalización, cuidado dental y de la vista, recetas, cuidado de salud mental, servicios médicos contra abuso de sustancias, y otros exámenes médicos necesarios. Los niños deberán recibir también cualquier otra ayuda necesaria para corregir el problema médico que tengan. • Medi-Cal limitado cubre: servicios relacionados al embarazo y casos de emergencia. • Permiso de los menores, o “Servicios Delicados” ofrecen tratamiento para enfermedades transmitidas sexualmente, abuso del alcohol y otras drogas, planificación familiar, asalto sexual, servicios para mujeres embarazadas y cuidado relacionado con embarazos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio, exámenes de la vista y del oído, pruebas dentales, referencias para doctores y dentistas. • CHDP cubre servicios médicos preventivos basados en la edad del niño(a). • Pruebas de conducta. • No cubre hospitalización. • Medicinas sólo se dan con receta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio, exámenes dentales y de la vista, hospitalización, exámenes médicos que sean necesarios, medicinas con receta, algunos servicios médicos contra el abuso de sustancias, y servicios de salud mental.
¿Cómo y dónde podemos recibir los servicios, mi hijo(a) y yo?	<ul style="list-style-type: none"> • En una de dos formas: Cuidado Médico Administrado (planes de salud), o el Medi-Cal regular. • La mayoría de los niños ya están inscritos en un plan de salud con excepción de niños que están en hogares “fóster” (de acogida), en programas de asistencia para la adopción, los que tienen el plan de “costo compartido” de Medi-Cal, y los que tienen el plan limitado de Medi-Cal. • Personas con discapacidades que no tienen que pertenecer a un plan de salud. • Los planes de salud tienen excepciones que dependen de ciertas condiciones médicas que el solicitante pueda tener. • Las personas que no están inscritas en planes de salud pueden usar el “pago por servicio” Medi-Cal regular en cualquier lugar que acepta el Medi-Cal. • Si está inscrito en un plan de salud, sólo puede ir a su doctor principal a menos que le den una referencia para ir a otro doctor. • Servicios dentales, de salud mental, y de abuso contra sustancias se ofrecen 	<ul style="list-style-type: none"> • Si quiere saber o verificar que hay un doctor aprobado por el CHDP en su área local, llame gratis al 800-993-CHDP(ggratis). • El doctor de su hijo(a) puede que ya esté aprobado por el CHDP, lo cual quiere decir que ese doctor puede examinar a su hijo(a). • Los exámenes generales CHDP para la salud los ofrecen: los doctores aprobados por CHDP, centros de salud del Condado de Los Angeles, algunos distritos escolares, y doctores de planes de cuidado administrado de Medi-Cal (si su hijo(a) ya están inscritos en un plan de cuidado administrado de Medi-Cal). 	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios se ofrecen por medio de planes de salud. • Usted escoge un plan de salud cuando solicita los servicios. • Servicios dentales y para la vista se ofrecen como parte separada del plan. • El plan de salud le manda información sobre sus doctores, clínicas y hospitales. • Entonces usted debe escoger un doctor diferente para cada uno de sus niños si quiere inscribirlos en el Programa Healthy Families.

	<p>aparte del plan de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los planes de salud deben ofrecer los mismos beneficios que ofrece el Medi-Care regular. • Información sobre el plan de salud le llega por correo después de apuntarse a Medi-Cal o de haber completado su solicitud en la oficina del Welfare, o Bienestar Público. 		
<p>¿Qué pasa si tenemos seguro médico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pregúntele a su Trabajadora de Elegibilidad, o llame al Programa HIPP (Programa de pagos de primas de seguros médicos) (800) 952-5294 (gratis). • Medi-Cal tal vez pague lo que el seguro médico no cubre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tal vez pueda recibir los servicios que CHDP ofrece por medio de su seguro médico. Debe preguntarle a su doctor del CHDP. 	<ul style="list-style-type: none"> • En el futuro pero no ahora, es posible que el programa Healthy Families pague el seguro médico de su hijo(a), si su trabajo le ofrece seguro médico.

**GRÁFICA PARA COMPARAR PROGRAMAS DE CUIDADO MÉDICO
CHILDREN’S HEALTH ACCESS AND MEDI-CAL PROGRAM (CHAMP)
(PROGRAMA DE ACCESO A LA SALUD PARA NIÑOS Y MEDI-CAL)**

PREGUNTAS	MEDI-CAL	CHILD HEALTH AND DISABILITY PREVENTION (CHDP) (SALUD INFANTIL Y PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES)	HEALTHY FAMILIES
¿Quién califica?	<ul style="list-style-type: none"> Niños recién nacidos hasta jóvenes de 21 años Personas ciegas o con discapacidades Algunos padres/adultos • Personas mayores de 65 años Mujeres embarazadas Personas que están en hogares para ancianos Personas que reciben CalWORKS (AFDC) o Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), reciben Medi-Cal automáticamente. Menores de 21 años pueden solicitar algunos servicios confidenciales o privados por su cuenta, llamados “Minor Consent/Permiso del Menor”, o “Sensitive Services/Servicios Delicados” 	<ul style="list-style-type: none"> Niños recién nacidos hasta jóvenes de 19 años, o Niños recién nacidos hasta jóvenes de 21 años, si tienen Medi-Cal 	<ul style="list-style-type: none"> Niños que no tienen seguro médico, desde uno hasta 19 años, con ciertos límites a los ingresos permitidos. Jóvenes de 18 años pueden solicitar este seguro médico por su propia cuenta.
¿Cuáles son los límites de ingresos?	<p>Para recibir Medi-Cal sin costo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Recién nacidos hasta 1 año: hasta 200% FPL Niños de 1 hasta 6 años: hasta 133% FPL Niños de 6 hasta 19 años: hasta 100 % FPL* Jóvenes de 19 hasta 21 años: varía alrededor de 100% FPL 	<ul style="list-style-type: none"> Niños recién nacidos hasta los 19 años: hasta 200% FPL Niños recién nacidos hasta 21 años: reciben Medi-Cal 	<ul style="list-style-type: none"> Niños de 1 hasta 6 años: 133 to 250% FIG Niños de 6 hasta 19 años: 100 to 250% FIG
¿Cuánto cuesta?	<ul style="list-style-type: none"> Medi-Cal es GRATIS para niños. Para adultos, pueden cobrar una suma módica por recetas y por usar el Servicio de Emergencia, si no era una emergencia. La Porción-del-Costo/“Costo Compartido” de Medi-Cal pueden cambiar cada mes dependiendo de sus ingresos mensuales. 	<ul style="list-style-type: none"> Si su hijo(a) califica para el CHDP, todos los servicios de CHDP se ofrecen gratis. Si su hijo(a) tiene Medi-Cal, pero cuando le hacen el exámen para CHDP determinan que necesita tratamiento, esos servicios médicos se los cobran al Medi-Cal. 	<ul style="list-style-type: none"> Visitas a oficinas médicas, cuidado dental y de visión, hospitalizaciones, pruebas médicas necesarias, medicina recetada, algunos servicios de abuso de sustancias y servicios de salud mental.
¿Cuáles son los límites de recursos? (Qué pasa si tengo carro/casa?)	<ul style="list-style-type: none"> Los recursos (sus pertenencias) no cuentan para servicios relacionados con embarazos ni para niños que califican para recibir Medi-Cal gratis. Adultos deben tener menos de \$2,000 para una persona, o \$3,000 para dos personas, \$3,150 para tres personas, y \$3,300 para cuatro personas. Un carro y una casa se permiten; si tiene más pertenencias, cuentan para el límite de recursos que se permite. 	<ul style="list-style-type: none"> Los recursos (sus pertenencias) no cuentan en este programa. 	<ul style="list-style-type: none"> Los recursos (sus pertenencias) no cuentan en este programa.
¿Tengo que ser residente legal de los Estados Unidos?	<ul style="list-style-type: none"> Ciudadanos, Residentes legales permanentes, y otros inmigrantes selectos pueden recibir Medi-Cal completo. Personas indocumentadas y otros inmigrantes selectos todavía pueden recibir Medi-Cal “restringido” si se trata de emergencias, o servicios médicos relacionados con embarazos. 	<ul style="list-style-type: none"> Todo niño que califica dentro de los límites impuestos para ingresos por este programa pueden recibir servicios del CDHP. 	<ul style="list-style-type: none"> Ciudadanos de los Estados Unidos y algunos inmigrantes tal vez califiquen. Los padres no tienen que ser ciudadanos. La solicitud debe indicar que su niño(a) es residente del Estado de California.

<p>¿Qué documentación necesito?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sus ingresos, identificación, y residencia legal en California. • Su estatus de inmigración y número de la Seguridad Social (SSI) es está solicitando el Medi-Cal completo. • No necesita mostrar su número de la Seguridad Social si está solicitando los beneficios “restringidos” del Medi-Cal, o si lo está solicitando para otra persona ((es decir, para un niño/menor). • Matrícula de registro de su vehículo u otro documento que demuestre su residencia en el Estado. • Prueba de su embarazo, si está embarazada. • Información sobre otros recursos: para adultos solamente, no es requerido para niños que califican para Medi-Cal gratis, ni para mujeres embarazadas que necesitan servicios médicos relacionados con su embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos declarados mensuales — notifique a su doctor o a la clínica sus ingresos cuando solicite los servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de ingresos • Documentación que indique el estatus de inmigración o ciudadanía del niño.
--	---	--	--

**GRÁFICA PARA COMPARAR PROGRAMAS DE CUIDADO MÉDICO
CHILDREN'S HEALTH ACCESS AND MEDI-CAL PROGRAM (CHAMP)
(PROGRAMA DE ACCESO A LA SALUD PARA NIÑOS Y MEDI-CAL)**

PREGUNTAS	CALIFORNIAKIDS	KAISER PERMANENTE CARES FOR KIDS HEALTH PLAN (PLAN DE SALUD CARES FOR KIDS DE KAISER)
¿Quién califica?	<ul style="list-style-type: none"> Niños de 2 a 19 años que no califican para el programa completo y gratis de Medi-Cal, o para otros programas del Estado que ofrecen cuidado médico, como el Programa Healthy Families. Niños inscritos en el programa de Servicios para Niños de California (California Children's Services) para recibir cuidado médico especializado, pueden calificar para CaliforniaKids para servicios médicos básicos en la clínica del doctor. 	<ul style="list-style-type: none"> Niños sin seguro médico, recién nacidos hasta los 19 años, que no califican para otros programas, ni privados ni públicos, como el Medi-Cal o Healthy Families. Niños que están inscritos en escuelas públicas que participan en planes de salud; incluyendo a sus hermanos(as) y/o a sus hijos(as). Para averiguar si la escuela de su hijo(a) participa en algún plan de salud, llame al 800-255-5053 (gratis).
¿Cuáles son los límites de ingresos?	<ul style="list-style-type: none"> Para niños de 2 a 19 años: 200%–300% FPL Niños de 2 a 19 años que no califican para Healthy Families, o para el plan completo de Medi-Cal: hasta 200% FPL Niños "foster" de 18 a 19 años: hasta 300% FPL 	<ul style="list-style-type: none"> Niños recién nacidos hasta 19 años más de 200% FPL pero no más de 275% FPL
¿Cuánto cuesta?	<ul style="list-style-type: none"> Niños de 2 hasta 19 años: 200%–300% — Costo Niños de 2 a 19 años que no califican para el Programa Healthy Families, ni para el programa completo del Medi-Cal: hasta 200% FPL — Sin Costo Niños "Foster" de 18-19 años: hasta 200% FPL — Sin Costo Si califica para recibir cuidado médico sin costo, no tiene que pagar nada mensualmente. Sí deberá pagar los co-pagos de unos \$5 a \$15. Si tiene un Costo Mensual, el total será de unos \$20–35/mes, además de los co-pagos que le cobran por los servicios médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Hay dos costos por medio de este programa: Las primas que se pagan mensualmente son de \$25–35 por niño, dependiendo de los ingresos de la familia. Co-pagos de \$5–10 se pagan por algunos servicios. Lo máximo que tendrá que pagar es por 3 niños al mes.
¿Cuáles son los límites de recursos?	<ul style="list-style-type: none"> Los recursos (sus pertenencias) no cuentan en este programa. 	<ul style="list-style-type: none"> Los recursos (sus pertenencias) no cuentan en este programa.
¿Tengo que ser residente legal de los Estados Unidos?	<ul style="list-style-type: none"> No. Todo niño que no sobrepasa los límites impuestos para ingresos que se pueden recibir califican para los servicios de CaliforniaKids. 	<ul style="list-style-type: none"> El número de Seguridad Social se debe anotar en la solicitud para servicios.
¿Qué documentación necesito?	<ul style="list-style-type: none"> Prueba de sus ingresos (talones de sus cheques de sueldo, o copia del formulario federal 1040 para declarar impuestos) 	<ul style="list-style-type: none"> Prueba de sus ingresos (su último formulario de declaración de impuestos y talones de cheques de sueldo, talones de cheques por discapacidad)
¿Dónde puedo/podemos solicitar los servicios?	<ul style="list-style-type: none"> Llame al 818-461-1400 (gratis) para que le manden una solicitud por correo. Solicitudes deben ser mandadas por correo cuando están completadas. Puede también solicitar los servicios en lugares de su comunidad como centros de cuidado infantil, clínicas, escuelas, clubes de niños(as), hogares de grupo (group homes), y otras organizaciones que asisten a los niños en su área. 	<ul style="list-style-type: none"> Llame al 800-255-5053 (gratis) para que le manden una solicitud por correo. Solicitudes deben ser mandadas por correo cuando están completadas. Solicitudes estarán disponibles en algunas escuelas participantes.
¿Cuánto se tarda en recibir?	<ul style="list-style-type: none"> 2–4 semanas después de que CaliforniaKids reciba su solicitud. 	<ul style="list-style-type: none"> Llevará unos 30 días procesar la solicitud. Cobertura comenzará el 1 de Septiembre, 2001.
¿Qué beneficios podemos	<ul style="list-style-type: none"> Seguro médico preventivo y cuidado primario a todo riesgo (completo): consultas médicas, cuidado dental y de la vista, medicinas con receta, servicios de salud mental, 	<ul style="list-style-type: none"> Seguro médico preventivo, primario y especializado a todo riesgo (completo): consultas médicas, cuidado de la vista,

obtener mi hijo(a) o yo?	servicios para tratar el abuso de sustancias, y pruebas de laboratorio que sean necesarias. • Hospitalización y cirugía mayor no están cubiertas por este plan de salud.	medicinas con receta, servicios de salud mental, servicios para tratar el abuso de sustancias, educación para la salud, y pruebas de laboratorio que sean necesarias.
¿Cómo y dónde podemos recibir los servicios, mi hijo(a) y yo?	<ul style="list-style-type: none"> • Por medio de la cadena de proveedores de CaliforniaKids, que incluye: clínicas de la comunidad, oficinas médicas independientes, y grupos médicos. • Llame al 818-461-1400 (gratis) para que le den una lista de proveedores en su área local. 	<ul style="list-style-type: none"> • Por medio de oficinas médicas y hospitales de Kaiser Permanente.
¿Qué pasa si tenemos seguro médico?	<ul style="list-style-type: none"> • Si el niño califica o está inscrito en el programa completo y sin costo del Medi-Cal o de Healthy Families, el niño(a) no califica para CaliforniaKids. • Su hijo(a) puede estar inscrito(a) en el programa California Children's Services y calificar para CaliforniaKids. • Su hijo(a) puede tener seguro médico privado con un deducible alto (por lo menos de \$2,000 o más), y calificar para CaliforniaKids. 	<ul style="list-style-type: none"> • Su hijo(a) no puede tener otro seguro médico, como cobertura por parte de su trabajo, o seguro médico por medio de Medi-Cal o Healthy Families si quiere calificar para este programa.

GRÁFICA PARA COMPARAR PROGRAMAS DE CUIDADO MÉDICO DE LA SALUD PÚBLICA

PREGUNTAS	EARLY START UNDER I.D.E.A. (COMIENZO TEMPRANO BAJO LA LEY DE I.D.E.A.)	IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS) (SERVICIOS DE APOYO EN CASA)
¿Quién califica?	Niños recién nacidos hasta 2 años y 9 meses que: <ul style="list-style-type: none"> • Experimentan un retraso en su desarrollo • Tienen una condición física o mental diagnosticada con probabilidad alta de resultar en un retraso del desarrollo, o • Tienen un alto riesgo de desarrollar una discapacidad del desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuos que califican para SSI/SSP, o tipos de asistencia similares, y • Si el IHSS es necesario para que el individuo viva con seguridad en su hogar sin asistencia.
¿Cuáles son los límites de ingresos?	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> • Igual que los límites de ingresos de SSI
¿Cuánto cuesta?	<ul style="list-style-type: none"> • Nada 	<ul style="list-style-type: none"> • Nada
¿Cuáles son los límites de recursos? (¿Se incluyen pertenencias como una casa o un carro?)	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> • Igual que los límites de recursos de SSI
¿Tengo que ser residente legal de los Estados Unidos?	<ul style="list-style-type: none"> • No 	<ul style="list-style-type: none"> • Residente de California—sí. • Inmigrantes legales que viven permanentemente en los Estados Unidos pueden calificar para IHSS.
¿Qué documentación necesito?	<ul style="list-style-type: none"> • Archivos médicos • Resultados de pruebas diagnósticas específicas que indican discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> • El trabajador social del condado rellenará formularios conocidos como “SOC 293” y “SOC 293a,” para determinar cuánto tiempo por semana puede usted disponer de servicio. Su trabajador social debe darle copias de estos formularios si usted los pide.
¿Dónde puedo/podemos solicitar los servicios?	<ul style="list-style-type: none"> • En el Centro Regional (Regional Center) o el centro local de Educación Especial (SELPA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicite en el Departamento de Servicios Sociales, también conocido como “Welfare office”. Es posible que pueda iniciar el proceso por teléfono. Para encontrar su oficina IHSS local llame al 915-654-1956 o busque en la sección “Recursos” de este manual. • Una vez que la solicitud esté completada, se programará una visita a su casa.
¿Cuánto se tarda en recibir?	Dentro de 45 días desde que el niño fue referido a la agencia: <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación debe ser completada • Un Plan de Servicio Familiar Individual (Individual Family Service Plan) debe ser desarrollado para decidir sobre los servicios para la familia y el niño. 	<ul style="list-style-type: none"> • La solicitud debe ser procesada dentro de 30 días. Esto incluye la determinación de elegibilidad, la evaluación de sus necesidades y el aviso de acciones. Una excepción al requisito de 30 días puede ocurrir cuando una determinación de discapacidad no ha sido recibido dentro de ese período de tiempo. Beneficios pueden ser aprobados con la fecha de la solicitud inicial, independientemente de cuando se completa la evaluación.

GRÁFICA PARA COMPARAR PROGRAMAS DE CUIDADO MÉDICO DE LA SALÚD PÚBLICA

QUESTIONS	EARLY START UNDER I.D.E.A. (COMIENZO TEMPRANO BAJO LA LEY DE I.D.E.A.)	IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS) (SERVICIOS DE APOYO EN CASA)
¿Qué beneficios podemos obtener mi hijo(a) o yo?	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios/equipos de asistencia tecnológica • Servicios de audiología • Capacitación a la familia, asesoramiento, y visitas al hogar • Algunos servicios de salud • Servicios de diagnóstico médico o de propósitos solo de evaluación • Enfermería • Asesoramiento nutricional • Terapia ocupacional • Terapia física • Servicios psicológicos • Descanso/Respiro (respite) • Coordinación de servicios (Manejo de casos) • Servicios de trabajadores sociales • Instrucción Especial • Servicios de habla y lenguaje • Servicios de transportes • Servicios de visión • Otros servicios según se necesiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios domésticos y otros servicios (cocinar, limpieza, lavandería, compras) • Servicios de cuidado personal (bañarse, vestirse, ayudar a comer a la persona) • Transporte esencial (ejemplo: a las visitas médicas) • Supervisión de protección (mirando e interviniendo si alguna persona pudiera caminar en las calles, etc.) • Servicios paramédicos, incluyendo dar inyecciones. Bajo la condición de que la persona llegará a ser más auto-suficiente, algunas enseñanzas y demostraciones pueden ser incluidas
¿Cómo y dónde podemos recibir los servicios, mi hijo(a) y yo?	<ul style="list-style-type: none"> • Esto varía de condado a condado. Los niños con incapacidades de baja incidencia podrían recibir servicios de Special Education Local Plan Area (Plan de Area Local de Educación Especial) o el County Office of Education (Oficina de Educación del Condado). Niños con otras incapacidades reciben servicios de programas financiados por el Centro Regional. 	<ul style="list-style-type: none"> • El beneficiario/a del IHSS contrata a su propio proveedor de cuidados. Los servicios son dados en la casa del beneficiario. El proveedor de cuidados debe completar hojas de control de horas para poder recibir su sueldo (salario).
¿Qué pasa si tenemos seguro médico?	<ul style="list-style-type: none"> • Otros seguros (o compañías de seguros) no afectan a los servicios por los que usted ha calificado. El Centro Regional le pedirá que su seguro médico primario pague por algunos servicios que también son ofrecidos por el Centro Regional. Si esos servicios son denegados, el Centro Regional entonces pagara por ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Otros seguros no afectan al IHSS.

GRÁFICA PARA COMPARAR PROGRAMAS DE CUIDADO MÉDICO DE LA SALUD PÚBLICA

PREGUNTAS	WIC	REGIONAL CENTER (CENTRO REGIONAL)	COMMUNITY MENTAL HEALTH (SALUD MENTAL COMUNITARIA)
¿Quién califica?	<ul style="list-style-type: none"> • Madres embarazadas, dando el pecho, o post-parto, con bajos ingresos • Niños menores de 5 años • Exámenes médicos rutinarios son mandatorios 	<ul style="list-style-type: none"> • Jóvenes menores de 18 años que tienen ciertas discapacidades, como retraso mental y enfermedades mentales parecidas, parálisis cerebral, epilepsia, autismo, discapacidades de desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> • Niños y jóvenes que reciben servicios completos de Medi-Cal • Jóvenes referidos por las escuelas para asistir a clases de educación especial
¿Cuáles son los límites de ingresos?	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos anuales de menos de 200% FPL 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
¿Cuánto cuesta?	<ul style="list-style-type: none"> • Nada 	<ul style="list-style-type: none"> • Nada 	<ul style="list-style-type: none"> • Nada, excepto servicios psiquiátricos de emergencia si no están cubiertos por Medi-Cal u otro seguro
¿Cuáles son los límites de recursos? (¿Se incluyen pertenencias como una casa o un carro?)	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
¿Tengo que ser residente legal de los Estados Unidos?	<ul style="list-style-type: none"> • No 	<ul style="list-style-type: none"> • No 	<ul style="list-style-type: none"> • No
¿Qué documentación necesito?	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario médico que deberá completar el doctor • Prueba de su domicilio • Prueba de ingresos • Documentos sobre la comida que recibe su hijo(a) (Child's food records) 	<ul style="list-style-type: none"> • Archivos médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
¿Dónde puedo/podemos solicitar los servicios?	<ul style="list-style-type: none"> • Póngase en contacto con la Oficina WIC (888-WIC-WORKS) para saber dónde conseguir una solicitud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llame a su Centro Regional local o al Departamento de Servicios del Desarrollo al 916-654-1897 	<ul style="list-style-type: none"> • Llame a su oficina local de Community Mental Health Service/Servicios de Salud Mental Comunitaria o pídale a su escuela que le den una referencia
¿Cuánto se tarda en recibir?	<ul style="list-style-type: none"> • Le ofrecen beneficios de inmediato, después de haber completado la solicitud, y haber presentado los documentos necesarios 	<ul style="list-style-type: none"> • 60 para una evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente
¿Qué beneficios podemos obtener mi hijo(a) o yo?	<ul style="list-style-type: none"> • Cupones/vales de comida • Consejería nutricional • Apoyo para mujeres que dan el pecho • Referencias para cuidado médico y otros servicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento, rehabilitación y entrenamiento, tratamiento, terapia, prevención, arreglos especiales para su vivienda, integración comunitaria, apoyo familiar, intervención para situaciones críticas, equipo especial, transporte, intérprete/traductor, abogacía, cupones/vales 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones médicas en la clínica, o evaluaciones psiquiátricas y referencias a practicantes médicos de la comunidad. • Todos los servicios que in IEP (plan individual) requiere, incluyendo tratamientos de día y residencial según sea necesario • Servicios psiquiátricos de emergencia (deberá pagar una tarifa si su seguro no los cubre)

<p>¿Cómo y dónde podemos recibir los servicios, mi hijo(a) y yo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En clínicas de WIC • Puede recibir cuidado médico del doctor que prefiera 	<ul style="list-style-type: none"> • El Centro Regional local le entregará referencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Después de las evaluaciones le van a referir para que vaya a practicantes de la comunidad, o a centros de tratamiento.
<p>¿Qué pasa si tenemos seguro médico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No afecta a los beneficios que recibe de WIC 	<ul style="list-style-type: none"> • No afecta a los beneficios 	<ul style="list-style-type: none"> • No afecta a los beneficios, pero le cobra al Medi-Cal o a su seguro privado, con su autorización.

GRÁFICA PARA COMPARAR PROGRAMAS DE CUIDADO MÉDICO DE LA SALUD PÚBLICA

PREGUNTAS	CALIFORNIA CHILDREN SERVICES (CCS) (SERVICIOS PARA NIÑOS DE CALIFORNIA)	GENETICALLY HANDICAPPED PERSONS PROGRAM (GHPP) (PROGRAMA DE PERSONAS GENÉTICAMENTE DISCAPACITADAS)
¿Quién califica?	<ul style="list-style-type: none"> Niños y jóvenes adultos de 21 años o menos, con ciertas condiciones médicas cuyos padres pagan por algunos o todos los servicios 	<ul style="list-style-type: none"> Adultos mayores de 21 años con ciertas enfermedades hereditarias como Fibrosis Quística, PKU, Hemofilia, Anemia Depanocítica
¿Cuáles son los límites de ingresos?	<ul style="list-style-type: none"> Menos de \$40,000 Si el ingreso de la familia es mayor de \$40,000, los gastos médicos deben ser mayores que el 20% del ingreso familiar Servicios de diagnóstico y PT (Terapia Física) y OT (Terapia Ocupacional) no tienen requisitos Es posible que deba solicitar Medi-Cal también 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno
¿Cuánto cuesta?	<ul style="list-style-type: none"> Existe una tarifa de inscripción ajustada a los ingresos para servicios de tratamiento excepto para personas debajo de 200% FPL 	<ul style="list-style-type: none"> Una tarifa de inscripción ajustada a los ingresos
¿Cuáles son los límites de recursos? (¿Se incluyen pertenencias como una casa o un carro?)	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno
¿Tengo que ser residente legal de los Estados Unidos?	<ul style="list-style-type: none"> No, pero confirmación o prueba del condado de residencia es necesario 	<ul style="list-style-type: none"> Sí
¿Qué documentación necesito?	<ul style="list-style-type: none"> Formulario del Federal Income Tax (Impuestos Federales de Ingresos) u otra prueba de ingresos Registros médicos 	<ul style="list-style-type: none"> Formulario del Federal Income Tax (Impuestos Federales de Ingresos) u otra prueba de ingresos Registros médicos
¿Dónde puedo/podemos solicitar los servicios?	<ul style="list-style-type: none"> Referencias de doctores o trabajadores sociales son preferidos Llame al 916-654-0499 	<ul style="list-style-type: none"> Llame al 800-639-0597
¿Cuánto se tarda en recibir?	<ul style="list-style-type: none"> Hasta 120 días después de que la solicitud y los archivos médicos hayan sido recibidos 	<ul style="list-style-type: none"> Sobre unas 2 semanas después de que se haya recibido el registro médico
¿Qué beneficios podemos obtener mi hijo(a) o yo?	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de Diagnóstico gratis Todos los servicios pertinentes a la condición: doctores, hospital, cirugía, PT (Terapia Física), OT (Terapia Ocupacional), pruebas de laboratorio, rayos-x, equipo médico y ortopédico, manejo de casos incluyendo transporte 	<ul style="list-style-type: none"> Todos los servicios deben ser pre-aprobados por la persona que maneja el caso: cuidado médico dentro y fuera del hospital, cuidado dental, cuidado en el hogar, prescripciones, suplementos nutricionales, cuidado de descanso, equipo médico y ortopédico, transporte
¿Cómo y dónde podemos recibir los servicios, mi hijo(a) y yo?	<ul style="list-style-type: none"> Doctores y hospitales aprobados por CCS 	<ul style="list-style-type: none"> Centros aprobados por GHPP, médicos privados trabajando con estos centros, hospitales locales
¿Qué pasa si tenemos seguro médico?	<ul style="list-style-type: none"> CCS cubrirá sólo aquellos servicios que han sido denegados por otros aseguradores 	<ul style="list-style-type: none"> Otros seguros están permitidos. GHPP cubrirá gastos pendientes y proveerá servicios si se pierden otros seguros

US DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
(DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS)
NIVEL DE POBREZA 2007

PORCENTAJE DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA	NÚMERO DE MIEMBROS EN LA FAMILIA							
	1	2	3	4	5	6	7	8
100%	\$10,210	\$13,690	\$17,170	\$20,650	\$24,130	\$27,610	\$31,090	\$34,570
200%	\$20,420	\$27,380	\$34,340	\$41,300	\$48,260	\$55,220	\$62,180	\$69,140
225%	\$22,973	\$30,803	\$38,633	\$46,463	\$54,293	\$62,123	\$69,953	\$77,783
250%	\$25,525	\$34,225	\$42,925	\$51,625	\$60,325	\$69,025	\$77,725	\$86,425
275%	\$28,078	\$37,648	\$47,218	\$56,788	\$66,358	\$75,928	\$85,498	\$95,068
300%	\$30,630	\$41,070	\$51,510	\$61,950	\$72,390	\$82,830	\$93,270	\$103,710

Fuente: The Federal Register (El Registro Federal)
<http://aspe.hhs.gov/poverty/07poverty.shtm>

CÓMO ESCOGER UN PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO Y PROVEEDOR MÉDICO

CONTENIDO

- Cómo escoger un Plan de Salud de Cuidado Administrado
- Cómo escoger un Proveedor Médico Principal (PCP)
- Hoja de Apuntes para Escoger un Proveedor Médico Principal

CÓMO USAR ESTA SECCIÓN

- Lea la información sobre cómo escoger un plan.
- Responda a las preguntas revisando el manual del plan de salud o entreviste a la persona que administra el plan, preferiblemente al Coordinador del Programa para Personas con Discapacidades.
- Prepare las preguntas que le quiere hacer al Pediatra o Proveedor Médico Principal.
- Use la hoja de apuntes para asesorar si el proveedor es el más adecuado para las necesidades únicas de su hijo(a).
- Busque un plan y un proveedor que sean adecuados para satisfacer las necesidades de su hijo(a) y familia.

CÓMO ESCOGER UN PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO

Una de las primeras etapas en su camino es la de escoger el plan de salud que mejor satisface sus necesidades. Escoger un buen plan, naturalmente, depende de las opciones disponibles en su área local, las que ofrecen en su trabajo, o las que puede pagar con su propio dinero. Tómese tiempo para pensar cuáles son los factores más importantes para usted y su familia. Es muy importante que tenga la lista de beneficios que ofrece cada plan que está considerando, y la lista de doctores de cada plan. Esas listas las puede encontrar en su lugar de trabajo, en la oficina de personal del trabajo, del administrador del plan, o el departamento de personal del Estado. Si necesita un especialista o un proveedor médico principal en particular, debe comenzar el proceso teniendo esto en cuenta.

La mayoría de descripciones de beneficios pueden parecer idiomas extraños: difíciles de leer e imposibles de interpretar. A veces no describen todos los servicios que ofrecen, ni listan los servicios que excluyen. Haga cita con alguien de su trabajo que sea experto en la materia, o con algún representante del plan administrado para que le ayuden a desenredar toda la información que ofrecen. Asegúrese de que toda la información que recibe por parte de su trabajo es la misma que le ofrece el plan de salud, y que le dan todos los detalles necesarios para que usted la entienda.

A continuación le ofrecemos una lista de servicios de cuidado de salud. Para escoger un plan asegúrese de que los servicios que usted realmente necesita están incluidos.*

* Lista adaptada de “PASSPORT: For Children with Special Health Care Needs” de University Affiliated Program, Child Development & Rehabilitation Center, Oregon Health Science University.

Terapias/Cuidado en el Hogar/Servicios de Planificación

- Terapia del habla y del lenguaje
- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Servicios de Consejería para la Nutrición
- Servicios de Enfermera en el Hogar
- Asistentes de Cuidado Personal
- Asistencia de salud en el hogar
- Consejería/Servicios de Salud Mental
- Servicios de Genética
- Servicios de Hospicio
- Administración de Casos Individuales
- Exámenes Diagnósticos
- Servicios de Visión
- Transporte

Medicamentos y Artículos Médicos

- Tubos para traqueostomías
- Tubos para gastrostomías
- Alforjas o Bolsas con nutrientes
- Productos alimenticios especiales
- Vendas de gasa u otro material
- Medicinas con receta
- Aparatos para la audición

Equipo de Adaptación

- Aparato para mantener a la persona de pie
- Mesas de esquina
- Asientos especializados para el auto
- Aparatos para asistir en el baño
- Adaptaciones para el auto/furgoneta
- Rampas
- Zapatos correctivos
- Lentes para los ojos
- Aparatos de ortodoncia especializados
- Aparatos protésicos
- Equipo de Comunicación

Equipo Médico de Larga Duración

- Ventilador
- Equipo de Succión
- Equipo para alimentación intravenosa
- Compresores de Aire
- Aparatos para bombear alimentos
- Monitores
- Sillas de ruedas
- Soportes ortopédicos/abrazaderas
- Yesos, moldes
- Aparatos protésicos

Algunas preguntas que debe hacer:

- ¿Es obligatorio inscribir a mi hijo(a), que califica para el Medi-Cal, en un plan de salud administrado?
 - ¿Pertenece su hijo(a) al Medi-Cal sin tener que pagar? (Probablemente tiene que escoger un plan)
 - ¿Le dan SSI, ayuda suplementaria del Seguro Social, a su hijo(a), o lo tiene con padres adoptivos? (Probablemente no tiene que escoger un plan de salud)
- ¿Qué proveedores tienen contrato con este Plan de salud?
 - ¿Está incluido en este plan mi Proveedor Médico Principal?
 - ¿Quiere seguir con su Proveedor Médico Principal?
 - ¿Se va a sentir cómodo(a) si le asignan un Proveedor Médico Principal?
- ¿Pertenece a este plan los especialistas que su hijo(a) usa y necesita ahora?
 - ¿Puede su hijo(a) recibir acceso directo a especialistas para algunos servicios?
- ¿Dónde se encuentran los hospitales y clínicas?
 - ¿Son físicamente accesibles?
 - ¿Tiene privilegios especiales su Proveedor Médico Principal en hospitales y clínicas cercanos?
- ¿Hay fondos disponibles para el transporte (o son gastos que cubre la organización de cuidado médico administrado)?
- ¿Tienen entrenamiento en cuidado pediátrico los terapeutas y los especialistas?
- ¿Cuál es el procedimiento a seguir para conseguir autorización urgente o cuidado médico de emergencia cuando uno está lejos del hogar o viajando fuera del Estado?
- ¿Hay servicio de intérpretes en las clínicas y por teléfono?
- ¿Hasta qué punto cubren el costo de equipo y artículos médicos? ¿Dónde se podrá comprar el equipo y artículos médicos necesarios? ¿Quién se encarga de reparaciones y repuestos? ¿Quién se encarga de autorizar mis pedidos para equipo y artículos médicos?
- ¿Cómo cubren el costo de medicamentos con receta y dónde se pueden comprar? ¿Hay límites o restricciones sobre los medicamentos que a uno le pueden recetar y que las cubra el plan médico (“formulario de medicinas”)?
- ¿Hay alguna clínica en el plan que se especializa en la discapacidad/diagnóstico de su hijo(a)? ¿Hay clases o materiales informativos sobre los temas del cuidado/crianza de los hijos(as) y el cuidado médico para el diagnóstico/la discapacidad de su hijo(a)?
- ¿Si se tiene una queja o no está de acuerdo con algo, qué proceso hay que seguir o qué alternativas están disponibles?
- Si no está satisfecho, ¿se puede salir del plan con facilidad?
- ¿Se puede cancelar el plan? ¿Por qué motivo? ¿Hay algún proceso de apelación?
- ¿Preferiría que todos los miembros de su familia estuvieran en el mismo plan de salud?

- ¿Cómo funcionan los planes para todos los miembros de su familia? ¿Necessity alguno de ellos cuidado médico especial también?

COMO ESCOGER UN PEDIATRA O PROVEEDOR MÉDICO PRINCIPAL

Tal vez su hijo(a) tiene que ir a varios médicos, clínicas y hospitales. Pero al final, usted es el experto sobre su hijo(a) y la persona encargada de administrar los servicios que su hijo(a) necesita. Sus funciones como administrador seguramente incluyen escoger un pediatra, desarrollar una relación con el/ella, evaluar la situación, y mantener los documentos y datos que obtiene tras sus visitas. Al desarrollar una relación, está buscando a alguien que lo valore como experto sobre su hijo(a) y lo considere como a un socio competente parte del equipo de cuidado médico. También está buscando a alguien que acepta que las necesidades de cuidado médico de su hijo(a) son sólo una parte de las prioridades de su familia, y que a veces, las necesidades de la familia y sus preocupaciones pueden tener prioridad.

Mientras que el proveedor médico principal o clínica se encargará de guardar documentos para su expediente, usted debe hacer lo mismo en su casa. Guardar y archivar documentos detalladamente es una parte vital de sus responsabilidades. Recuerde, usted tiene derecho a obtener copias de los informes y expedientes médicos de su hijo(a). Su archivo en casa puede ser algo tan sencillo como una caja llena de expedientes médicos, o si lo desea, algo más sofisticado (vea la sección siguiente: “Colaborando con su Proveedor Médico”). Más importante aún, la buena comunicación y las buenas relaciones con el equipo médico de su hijo(a) (usted, su hijo(a) si lo considera prudente, su proveedor médico principal, el equipo de intervención preventiva, el personal de la escuela) dará lugar a un cuidado de calidad para su hijo(a).

Desde un punto de vista centrado en la familia, lo que usted quiere que su proveedor médico principal haga es:

- Ayudarle a buscar y actualizar continuamente la información que necesita para entender la condición de su hijo(a), ya que no es temporal y estará aprendiendo sobre ello toda la vida.
- No reservar u ocultar información con respecto a la gravedad o importancia de la condición de su hijo(a). Que no dude en utilizar términos médicos cuando sea necesario.
- Estar de acuerdo con darle copias de informes y expedientes médicos de su hijo(a) rutinariamente.
- Ayudarle a entender la amplia gama de posibilidades y explicarle cuál es el peor y el mejor pronóstico posible.
- Reconocer su necesidad de urgencia respondiendo rápidamente a sus peticiones de información médica, referencias, etc., para que los servicios apropiados puedan comenzar o continuar.
- Recordarle de vez en cuando de las cualidades/fortalezas de su hijo(a).
- Colaborar con otros profesionales que proveen cuidado médico a su hijo(a).
- Tomarse el tiempo para hablar con usted sobre los asuntos que le preocupan.

HOJA DE APUNTES: CÓMO ESCOGER UN PROVEEDOR MÉDICO PRINCIPAL

PREGUNTAS PARA EL MÉDICO	Nombre:	Dirección:	Teléfono:	Nombre:	Dirección:	Teléfono:	Nombre:	Dirección:	Teléfono:
	¿Atiende a niños con discapacidades en su consulta?								
¿Tiene experiencia con niños que padecen (describa la discapacidad de su hijo/a)?									
¿Se sentiría cómodo colaborando en equipo con otros médicos que también atienden a mi hijo(a)?									
¿Puede concertar citas/visitas más largas de lo habitual?									
¿Quién atiende a sus pacientes cuando usted está ausente?									
¿Qué hospital usa para pacientes que requieren hospitalización o tienen que hacerse pruebas médicas?									
¿Qué facilidades y servicios hay en este hospital para niños y familias como la mía? Si mi hijo(a) es hospitalizado, ¿me podré quedar con él/ella?									
¿Cómo trata el temor, incomodidad, o dolor de un niño cuando le está preparando para alguna intervención seria?									
Después de haber examinado a mi hijo(a), ¿puede pedirle a alguien de su personal que lo cuide para que usted y yo podamos hablar unos minutos a solas?									
¿Habría algún costo adicional por arreglos de esa clase?									

COLABORANDO CON SU PROVEEDOR MÉDICO

CONTENIDO:

- Colaborando con su Proveedor
- Comunicación con su Proveedor
- Formulario: Preguntas o Dudas
- Manteniendo Archivos: Cómo Organizar los Documentos de su Hijo(a)
- Formulario: Lista de Llamadas Telefónicas
- Formulario: Lista de Personas Claves
- Autorización Para Obtener Expedientes Médicos

CÓMO USAR ESTA SECCIÓN

- Lea la información sobre comunicación y mantenimiento de archivos y documentos.
- Use esta información para crear el libro de anotaciones de su hijo(a).
- Decida qué formularios le sirven más para su situación personal y haga copias para utilizar.
- Acuérdesse de dejar los formularios originales en este manual.

COLABORANDO CON SU PROVEEDOR

La clave para que le den la mejor atención médica a su hijo(a) es colaborar como si fueran socios con las personas que son parte de su cuidado médico. Socios son dos personas o más que trabajan en sociedad por una meta común (en este caso, cuidar a su hijo[a]). Socios unen sus mejores cualidades para alcanzar una meta que ninguno podría realizar fácilmente solo.

Sus médicos son los expertos para diagnosticar condiciones médicas y para proponer opciones para el tratamiento de su hijo(a). Su papel como padre es de igual importancia. Para algunos padres, esto es difícil de aceptar. Tal vez apenas ha comenzado a conocer a su hijo(a). Tal vez no pueda verlo diariamente. Aún así, como padre, usted tiene el amor y compromiso continuo de velar por su bienestar. Usted tiene ideas que pueden funcionar en la situación específica de su hijo(a). Usted ayuda a prepararlo para una visita al médico para que no sienta miedo, y le consuela si lo siente. Aunque no tenga toda el conocimiento técnico, **sí** está capacitado para tomar decisiones finales sobre lo que es mejor para usted y su familia.

A veces, conseguir la mejor atención médica para su hijo(a), depende de su capacidad para colaborar como socio con profesionales que le están diagnosticando o tratando. A continuación le damos una lista de características para que una sociedad funcione con éxito:

- Hable claramente. Dígale a los proveedores médicos lo importante que es su apoyo o cooperación para el cuidado de su hijo(a). Que las personas sepan lo que necesita o quiere—y específicamente cómo pueden ayudar.
- Póngase en el lugar del médico. Piense qué cosas puede hacer para hacerle la vida más llevadera.
- Busque profesionales que están dispuestos a cooperar con usted. Si piensa que las cosas no están marchando bien con algún profesional, dígaselo. Si las cosas no se solucionan, busque otro proveedor. Medi-Cal, algunos planes de salud, grupos médicos, u hospitales, pueden tener coordinadores de servicios médicos para ayudarle a conseguir respuestas a sus preguntas.
- Comparta toda la información. Si su hijo(a) tiene problemas médicos complicados, será útil reunir a todos los profesionales involucrados en su cuidado para hablar sobre el historial médico completo de su hijo(a).
- Sea sincero sobre sus puntos fuertes y sus limitaciones. Intercambie información completa y admita su ignorancia si no tiene las respuestas. Tenga confianza y respeto por el criterio de cada uno.
- Cumpla con los esfuerzos y las metas que se han propuesto con su grupo médico. Busquen soluciones creativas para sus problemas. Apóyense mutuamente para lograr sus metas.
- Pueden surgir problemas. Si es así, recuerde que las soluciones no siempre son simples. A menudo las soluciones no dependen ni de usted ni del médico. Por ejemplo, conseguir autorización para terapia ocupacional requiere que el médico entregue una solicitud para la autorización, y luego esperar por la autorización. Si la autorización es denegada, entonces la decisión se puede apelar. Esto lleva tiempo y paciencia. Para más información, vea la Sección E de este manual, “Para Cambios Efectivos: Asistencia Para Lograrlo.”

COMUNICACIÓN CON SU PROVEEDOR

A veces es difícil compartir nuestras ideas, preguntas, dudas o sentimientos, diariamente. Con las prisas de una visita al médico, con su hijo(a) (o hijos(as)) allí, una sala de espera llena de pacientes y otras distracciones, puede resultar difícil hacer preguntas o expresar sus pensamientos y preocupaciones. Puede parecer que sería más fácil dejarlo y esperar para la próxima visita.

Padres han sugerido una variedad de estrategias que han sido de ayuda para comunicarse mejor con sus médicos (o enfermeras, terapéutas, u otros proveedores médicos). Tal vez algunas de las ideas que le damos a continuación le sirvan para que su proveedor médico pueda entender mejor algunas de las cosas que le preocupan de la salud de su hijo(a).

- Lleve a alguien de confianza. Si puede, lleve a su esposo o algún amigo a la visita con el médico. Si es necesario, su acompañante puede encargarse de su hijo(a) para que pueda hablar con el médico a solas y sin distracciones. Otro adulto le ayuda a recordar lo que el médico dijo.
- Prepare preguntas antes de ir a la cita. Es mejor que escriba sus preguntas en una lista. Revise la lista con su médico, o pregúntele las preguntas más importantes primero, y pídale que responda a las demás preguntas después.
- Prepare al médico. Como los médicos suelen tener horarios muy ajetreados y ocupados, sería buena idea llamar antes de la visita y decirle que tiene varias preguntas y que necesita que le dé más tiempo para la cita. En algunos casos, tal vez quiera decirle cuáles son las preguntas antes de la cita.
- Reconozca lo bueno. Hágale saber a los médicos lo que le gusta o lo que agradece sobre la atención que le están dando a usted y al cuidado médico de su hijo(a). Celebre los éxitos. Comparta fotos de su hijo(a) y sus logros. Mantenga al médico informado de los adelantos de su hijo(a).
- Comparta su opinión sobre la situación. Si tiene creencias personales, culturales o religiosas que van a afectar la forma en que va a seguir las instrucciones del médico con respecto a la salud de su hijo(a), debe decirselo al doctor.
- Tome notas. Revíselas con el médico para asegurarse de que los dos están de acuerdo y entienden.
- Si también lleva a su hijo(a) a especialistas, asegúrese de que el proveedor médico principal de su hijo(a) reciba copias de todos los informes médicos para estar informado sobre cualquier novedad o cambio. Use el formulario “Autorización Para Obtener Expedientes Médicos” que encontrará en esta sección para ayudarle con este proceso.
- Durante la consulta, pida copias de los informes de su hijo(a) para que pueda actualizar los archivos que mantiene en su casa.

Adaptado de *Taking Charge: A Parent's Guide to Health Care for Children with Special Needs*, The Parent Educational Advocacy Training Center y The ARC of Northern Virginia.

PREGUNTAS Y DUDAS

Fecha:
Nombre del Proveedor:
Telephone:

Preguntas o Dudas	Respuestas
1)	
2)	
3)	
4)	

Instrucciones

Seguimiento	¿Quién?	¿Cuándo?

Adaptado de *Taking Charge: A Parent's Guide to Health Care for Children with Special Needs*, The Parent Educational Advocacy Training Center y The ARC of Northern Virginia.

MANTENIENDO ARCHIVOS

Poder administrar las necesidades únicas, complejas, y múltiples de su hijo(a) es una labor monumental. Aunque tenga administradores sociales de casos, u otras personas que se encargan de coordinar aspectos específicos del cuidado médico de su hijo(a), usted es el coordinador principal de cualquier servicio que le ofrezcan a su hijo(a). Tener un método propio y un cuaderno de notas específico para organizar información sobre su hijo(a) y guardar documentos cuidadosamente le ayudará tanto a usted como a todos los proveedores médicos de su hijo(a).

Tener la información necesaria y mantenerla al día lleva mucho tiempo. Tenerla a mano proporciona el cuadro completo y preciso de la salud de su hijo(a), que puede compartir con profesores, médicos, y otras personas. Vale la pena. A continuación le damos unos consejos para que se organice mejor:

- Mantenga todos los documentos originales en un lugar seguro, y ponga sólo copias en su cuaderno.
- Ponga todos los documentos de un modo seguro en una carpeta de tres anillas. Esto evitará que las páginas se separen y cambien de orden si alguna vez la carpeta se le cae.
- Si la carpeta empieza a ser demasiado pesada y difícil de llevar, pase las hojas que no necesita a sus archivos de casa. Revise y tire documentos de sus archivos de casa según sea necesario.
- Mantenga una lista o resumen de los documentos que tiene en la carpeta.
- Si tiene muchos documentos, sepárelos de una manera que tenga sentido para usted. Tal vez quiera archivarlos por secciones basándose en el tipo de documento que es, o archivar en orden cronológico.
- Ponga etiquetas (lengüetas), con el nombre del médico, en documentos/informes que sabe que va a volver a revisar (como informes de operaciones y expedientes de darle el alta al paciente). Hará que sea más fácil encontrarlos la próxima vez.
- Anote comentarios personales en copias del documento o en una hoja en blanco. Por ejemplo, si su hijo(a) vomita cuando le da cierto medicamento, apúntelo para que su médico pueda recetarle una medicina distinta la próxima vez.
- Si su hijo(a) está tomando varios medicamentos, mantenga una lista de medicamentos incluyendo cambios a la dosis, fecha de comienzo del tratamiento, y fecha de vencimiento. Asegúrese de apuntar cualquier reacción adversa. No dependa de la memoria.

De *Passport Managed Care Guide*, "Families as Participants: Working Within a Managed Care System," y *Taking Charge: A Parent's Guide to Health Care for Children with Special Needs*, " The Parent Educational Advocacy Training Center y The ARC of Northern Virginia.

LISTA DE LLAMADAS TELEFÓNICAS

Seguro	Programa Público
Nombre	Nombre
Dirección	Dirección
Nº de Póliza:	Nº de Teléfono:
Titular de la Póliza:	Nº ID del niño:
Nombre del Grupo:	Comunicarse con:
Nº del Grupo:	
Comunicarse con:	
Teléfono:	

Fecha/Hora	Persona contactada	Número de Teléfono	Tema Tratado	Decisión Tomada

LISTA DE CONTACTOS IMPORTANTES

	Nombre	Dirección	Teléfono
Proveedor Médico Principal			
Especialista			
Especialista			
Hospital			
Enfermera Consejera			
Plan de Salud			
Farmacia			
Apoyo Para la Familia			
Otra Agencia			
Otra Agencia			

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER EXPEDIENTES MÉDICOS

Fecha: _____

Para: _____
(nombres de médicos, etc.)

_____ (teléfono)
_____ (fax)

RE: Expedientes médicos y documentos de: _____
(nombre de su hijo[a])

De: _____
(su nombre)

(dirección)

(número de teléfono)

Por favor, mande el historial médico completo de:

_____ (nombre de su hijo[a])

_____ (fecha de nacimiento)

A: _____
(persona que es su contacto)

(nombre de agencia)

(dirección)

Y a mi casa:

_____ (su nombre)

_____ (dirección)

_____ (teléfono)

➡ **Quisiera que en el futuro, me mandaran los informes y documentos a mi casa también. Eso me ayudará a coordinar información y tomar decisiones con respecto al cuidado médico de mi hijo(a).**

Gracias por su cooperación,

_____ (su firma)

CAMBIOS EFECTIVOS: ASISTENCIA PARA LOGRARLO

CONTENIDO

- Descripciones de procesos de apelación para servicios específicos
- Un “mapa” (o diagrama) de cada uno de los varios sistemas de servicios que muestran:
 - cómo se realizan las referencias,
 - cómo se ofrecen los servicios, y
 - dónde ir para que le ayuden si a su hijo(a) le han denegado servicios
- Consejos Prácticos para Escribir Cartas
- Ejemplos de Carta
- Agencias que regulan servicios

CÓMO USAR ESTA SECCIÓN

- Lea la información escrita para que pueda entender cómo abogar por su hijo(a) dentro del sistema.
- Use los “mapas” para determinar cuál será el siguiente paso que va a tomar para poder ayudar a su hijo(a).
- Use ejemplos de carta como una guía para escribir su propia carta.
- Anote en una lista cualquier llamada telefónica que haga.

CÓMO OBTENER LOS SERVICIOS QUE SU HIJO(A) NECESITA CON: PLANES DE CUIDADO ADMINISTRADO DE SEGUROS PRIVADOS (HMOS, PPOS)

Si su niño(a) necesita cuidado médico, tratamiento, o terapia de otro médico que no es su proveedor médico principal (PCP):

- El Proveedor Médico Principal (PCP) debe aprobar su petición, y darle una referencia; y
- El Comité de Referencias de la Organización de Cuidado Administrado (o “MCO” referral committee), aprobará o negará los servicios.

(No es raro que le nieguen servicios, porque los planes de cuidado administrado limitan bastante el uso de especialistas, tratamiento, y terapia.)

Si usted y su Proveedor Médico Principal (PCP) no están de acuerdo con los servicios que su hijo(a) necesita:

- Recuerde que el primer “No” nunca es la respuesta final.
- Vuelva a mandar su petición *por escrito*, incluyendo documentación adicional, y/o razones adicionales que reafirman la necesidad que existe para que le den la referencia.
- Llame a su administradora de casos para discutir las opiniones que ambos tienen con respecto a los servicios que son necesarios. Averigüe si puede abogar por su hijo(a), (por ejemplo, aconsejarle sobre la clase de información que puede incluir con su carta, y que puede ser importante para convencer al Proveedor Médico Principal, y que apruebe su pedido).
- Exija que le den *por escrito* las razones por las que le han negado los servicios o referencia.
- Tal vez quiera cambiar de Proveedor Médico Principal para su hijo(a). Esto debe hacerse solamente después de haberlo pensado con cuidado. Compare este incidente con el apoyo que ha recibido de este proveedor anteriormente.

Si su Proveedor Médico Principal aprueba su petición, pero la organización de cuidado administrado lo niega:

- Recuerde que el primer “No” nunca es la respuesta final. Llame de nuevo otro día.
- Pídale una carta al Proveedor Médico Principal de su hijo(a) para mandarla con su segunda petición.
- Asegúrese de indicarles que los servicios están relacionados con el cuidado médico, que van a beneficiar a su niño(a), y que con esos servicios se van a evitar gastos mayores en el futuro.
- Comuníquese con su administradora de servicios y pídale que abogue por las necesidades especiales de su hijo(a). Por ejemplo, que le aconseje sobre la información que debe mandarles, y que puede ser importante para el comité de la organización, y convencerlos de que aprueben su petición.
- Exija que le den *por escrito* las razones para negarle los servicios.

- Comuníquese por escrito con el director médico del plan de cuidado administrado, e infórmele de lo siguiente:
 - La importancia del servicio;
 - Los esfuerzos necesarios para obtener los servicios;
 - Razones específicas por las que le niegan los servicios que pide.

Escriba que las razones para el rechazo de servicios son inaceptables, y que usted va a apelar esa decisión. Déles una fecha exacta para que le contesten por escrito.

- Use el proceso formal de quejas de la Organización de Cuidado Administrado. Revise la evidencia de cobertura y presente sus quejas por los medios administrativos que ofrecen. Apunte todo lo que le dicen, y con quién ha hablado, incluyendo la fecha, el número de teléfono, y un resumen de la conversación. Es mejor que confirme todo lo dicho por escrito, y que mande todas sus cartas por correo certificado. Exija que le respondan por escrito.
- Si no puede resolver su queja por los procesos de rutina de la Organización de Cuidado Administrado ("MCO"), llame al "Department of Managed Health Care HMO Help Center" (Centro de Ayuda HMO del Departamento de Cuidado Médico Administrado) al 888-466-2219 o TDD 877-688-9891. "Las personas que pertenecen a un plan de salud, pero que quieren presentar quejas contra ese plan de salud, pueden llamar a la línea especial de teléfono para consumidores, para registrar sus quejas urgentes inmediatamente; o para obtener un "Consumer Complaint Form" (Formulario para Quejas del Consumidor)("CCF") cuando su plan de salud no ha resuelto su queja en 30 días; o cuando los del plan han llegado a la conclusión de que ya le dieron suficiente consideración a su caso, pero no lo resolvieron a su satisfacción." El Departamento de Atención Médica Administrada estudiará su situación, y confirmará que usted ha tratado de resolver su caso con su organización de cuidado administrado. Le mandarán un formulario para que presente su queja, y tratarán de mediar entre usted y el "MCO" para resolver el problema.

**** Por favor, note:** La Sección 1368(b)(1)(A) del Acta Knox-Keene estipula lo siguiente con respecto a cuidado médico de emergencia: "...En cualquier caso en que el Departamento determina que se trata de un caso en el que hay peligro inminente y serio para la salud del paciente, incluyendo, pero no necesariamente limitado a que el paciente puede perder la vida, una pierna o un brazo, o una función vital; o en cualquier otro caso que el Departamento determina que deben examinar el caso antes de lo acostumbrado, una persona suscrita al plan, o que está en proceso de inscribirse, no tiene que pasar por el proceso de quejas, ni participar en el proceso por lo menos por 60 días." Si cree que al rehusarle su petición para servicios, la organización de cuidado administrado está poniendo en peligro la vida de su hijo(a), presente su queja urgente al Departamento de Corporaciones.

ESTA INFORMACION ES SOLAMENTE UNA GUÍA. PARA INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE EL PROCESO PARA QUEJAS, COMUNÍQUESE CON LA OFICINA DE SERVICIOS PARA CLIENTES DE SU PLAN DE SALUD, Y CON EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA.

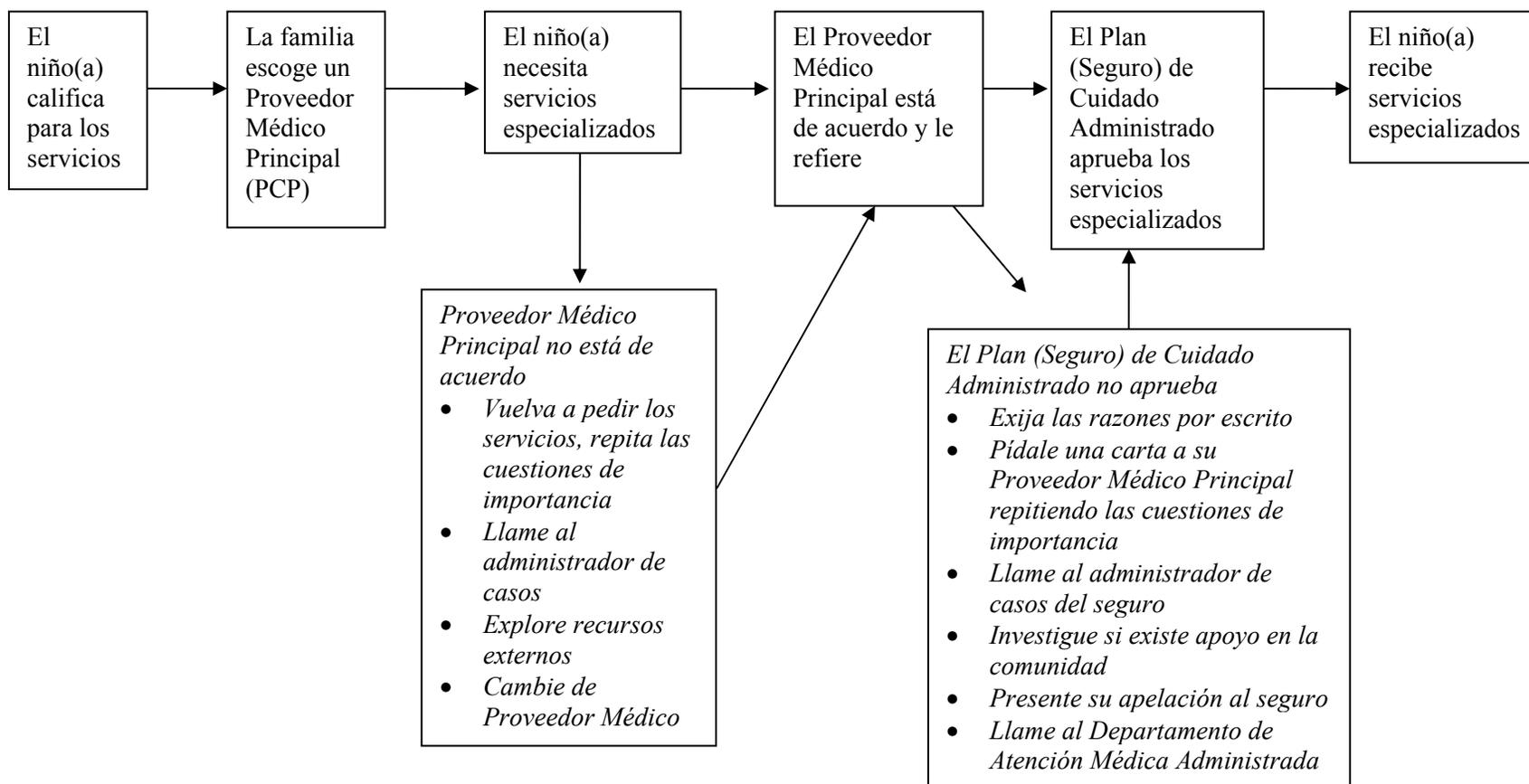
PROCESO QUE DEBE SEGUIR CUANDO SOLICITE SERVICIOS DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO:

- ✓ Su Proveedor Médico Principal (PCP)
- ✓ Administrador de casos de su MCO
- ✓ Director Médico del MCO
- ✓ Proceso de quejas del MCO
- ✓ Departamento de Atención Médica Administrada

RECUERDE:

- ✓ Revise su Resumen de Beneficios Cubiertos – conozca su plan
- ✓ Revise el Acta Knox Keene (ver arriba)– conozca sus derechos
- ✓ Establezca buena relación con alguien del MCO que parezca receptivo
- ✓ Anote todo; guarde copias de todo
- ✓ Exija respuestas por escrito. Si no le escriben, escriba *usted* y confirme su conversación
- ✓ Considere la posibilidad de mandar sus cartas por correo certificado

DIAGRAMA DE SEGURO PRIVADO (CUIDADO ADMINISTRADO)



CÓMO OBTENER LOS SERVICIOS QUE SU HIJO(A) NECESITA CON: PAGO-POR-SERVICIO DE SEGUROS PRIVADOS (FEE-FOR-SERVICE)

Cuando le toque tratar con el plan de salud de su seguro privado, es muy importante que esté bien familiarizado con su manual de cobertura, que le explica detalladamente los servicios que le ofrecen y que los seguros cubren. Como cada plan es diferente, y contienen cláusulas que varían de plan a plan, es muy difícil darle detalles específicos. La información que sigue es solamente una guía para ayudarlo con esos procesos.

Si usted y su Proveedor Médico Principal (PCP) no están de acuerdo con los servicios que su hijo(a) necesita:

- Recuerde que el primer “No” nunca es la respuesta final.
- Vuelva a mandar su petición *por escrito*, incluyendo documentación adicional, y/o razones adicionales que reafirman la necesidad que existe para que le den la referencia.
- Llame a su administradora de casos para discutir las opiniones que ambos tienen con respecto a los servicios que son necesarios. Averigüe si puede abogar por su hijo(a), (por ejemplo, aconsejarle sobre la clase de información que puede incluir con su carta, y que puede ser importante para convencer al Proveedor Médico Principal, y que apruebe su pedido).
- Exija que le den *por escrito* las razones por las que le han negado los servicios o referencia.
- Tal vez quiera cambiar de Proveedor Médico Principal para su hijo(a). Esto debe hacerse solamente después de haberlo pensado con cuidado. Compare este incidente con el apoyo que ha recibido de este proveedor anteriormente.

Si su Proveedor Médico Principal aprueba su petición, pero la organización de cuidado administrado lo niega:

- Recuerde que el primer “No” nunca es la respuesta final.
- Pídale una carta al Proveedor Médico Principal de su hijo(a) para mandarla con su segunda petición.
- Asegúrese de indicarles que los servicios están relacionados con el cuidado médico, que van a beneficiar a su niño(a), y que con esos servicios se van a evitar gastos mayores en el futuro.
- Comuníquese con su administradora de servicios y pídale que abogue por las necesidades especiales de su hijo(a). Por ejemplo, que le aconseje sobre la información que debe mandarles, y que puede ser importante para el comité de la organización, y convencerlos de que aprueben su petición.
- Exija que le den *por escrito* las razones para negarle los servicios.
- Comuníquese por escrito con el director médico del plan de cuidado administrado, e infórmele de lo siguiente:
 - La importancia del servicio;
 - Los esfuerzos necesarios para obtener los servicios;
 - Razones específicas por las que le niegan los servicios que pide.

Escriba que las razones para el rechazo de servicios son inaceptables, y que usted va a apelar esa decisión. Déles una fecha exacta para que le contesten por escrito.

- Use el proceso formal de quejas de la Organización de Cuidado Administrado. Revise la evidencia de cobertura y quejese por medio de sus medios. Apunte todo lo que le dicen, y con quién ha hablado, incluyendo la fecha, el número de teléfono, y un resumen de la conversación. Es mejor que confirme todo lo dicho por escrito, y que mande todas sus cartas por correo certificado. Exiga que le respondan por escrito.
- Si no puede resolver su queja por los procesos de rutina de la compañía de seguros o su agente/representante, llame al “California Department of Insurance’s (CDI) Consumer Services Division” (División de Servicios para el Consumidor (CDI) del Departamento de Seguros de California) al (800) 927-HELP. Las personas que quieran presentar una queja contra su plan de salud puede llamar al teléfono especial para consumidores para registrar sus quejas urgentes o para obtener un formulario de “Request for Assistance (RFA)” (Petición para Asistencia).

Su RFA (petición) debe contener su nombre, dirección completa y teléfono, el nombre completo de la compañía de seguros, el nombre y dirección del agente o representante según sea el caso; y una descripción breve de su problema. Esta información es necesaria para que lo revise el CDI y está dentro de los poderes y deberes expresados en el Código de Seguros de California, Sección 12921.3. No es mandatorio que proporcione la información solicitada. Sin embargo, si no lo hace esto puede retrasar la ayuda del CDI o incluso impedirlo.

Por favor, incluya documentos (preferiblemente copias) relacionadas con sus problemas como por ejemplo la página de declaraciones de su póliza o certificado, cheques cancelados, cartas o correspondencia. Si no puede obtener copias de documentos, y necesita mandar documentos originales, se recomienda mandarlos por correo certificado. Cuanto más completa la información mandada al CDI, más rápidamente pueden identificar las cuestiones importantes y comenzar la revisión. Puede examinar la información que ha entregado en cualquier momento con tal de que el archivo del departamento se mantenga. Todos los documentos originales le serán devueltos cuando el CDI haya completado sus trámites.

El tiempo que se emplea en tramitar una Petición para Asistencia (RFA) puede variar mucho, dependiendo de la complejidad del asunto. Sin embargo, su petición será tramitada lo más rápidamente posible.

ESTA INFORMACION ES SOLAMENTE UNA GUÍA. PARA INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE EL PROCESO PARA QUEJAS, COMUNÍQUESE CON LA OFICINA DE SERVICIOS PARA CLIENTES DE SU PLAN DE SALUD, Y CON EL DEPARTAMENTO DE SEGUROS.

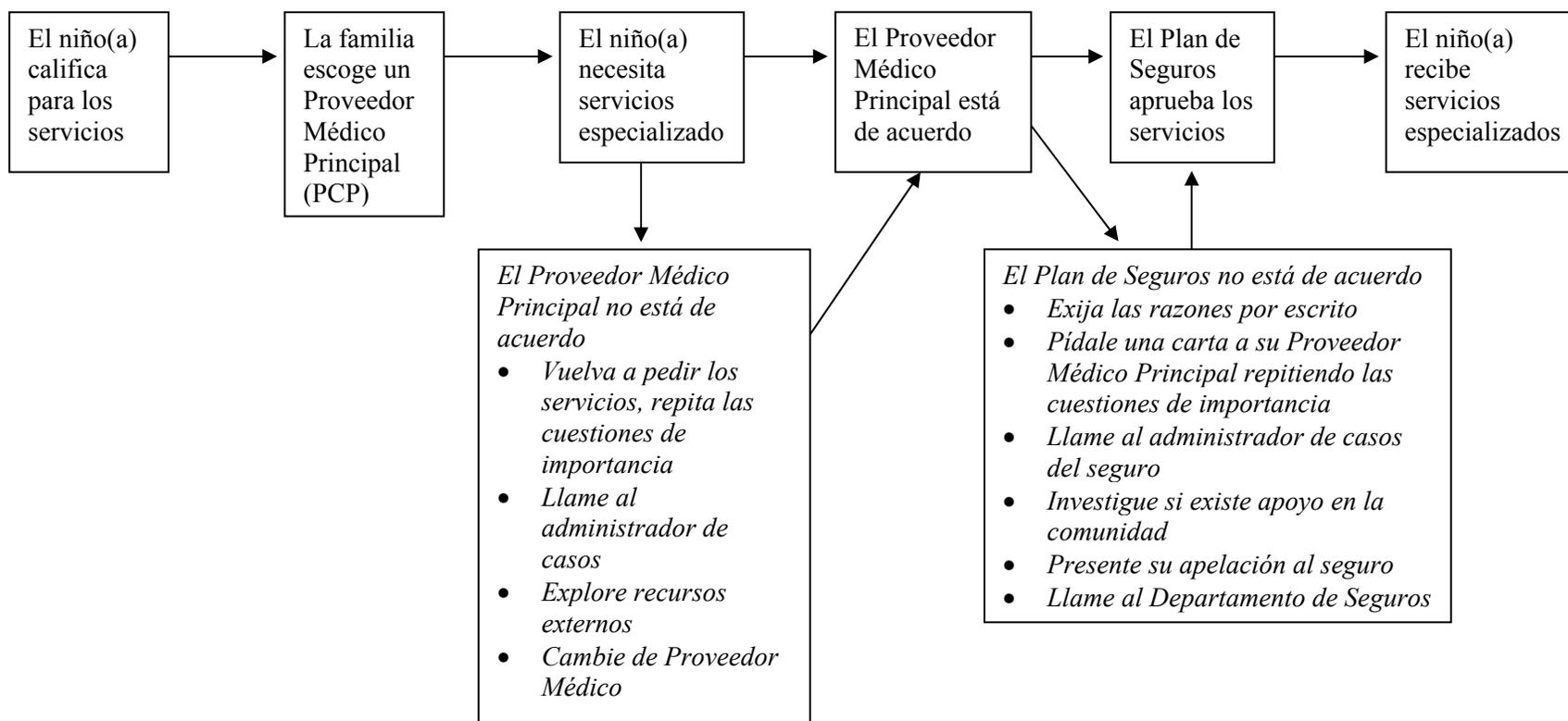
**PROCESO QUE DEBE SEGUIR
CUANDO SOLICITE SERVICIOS DE
PAGO-POR-SERVICIO DE SEGUROS
PRIVADOS**

- ✓ Su Médico
- ✓ Administrador de casos
- ✓ Director Médico
- ✓ Proceso de Quejas del seguro
- ✓ Departamento del seguro

RECUERDE

- ✓ Revise su Resumen de Beneficios Cubiertos – conozca su plan
- ✓ Establezca buena relación con alguien del MCO que parezca receptivo
- ✓ Anote todo; guarde copias de todo
- ✓ Exija respuestas por escrito. Si no le escriben, escriba *usted* y confirme su conversación
- ✓ Considere la posibilidad de mandar sus cartas por correo certificado

DIAGRAMA DE PAGO-POR-SERVICIO DE SEGUROS PRIVADOS (FEE-FOR-SERVICE)



CÓMO OBTENER LOS SERVICIOS QUE SU HIJO(A) NECESITA CON: PLANES DE CUIDADO ADMINISTRADO DE MEDI-CAL

Por favor, note: Las leyes federales hacen excepciones con respecto a niños con condiciones médicas complejas, y les permiten no tener que inscribirse obligatoriamente en el Plan de Cuidado Administrado de Medi-Cal, si él o ella están recibiendo tratamiento de un doctor que no es parte de la iniciativa local, o del plan comercial. **Estas excepciones no son automáticas, y usted es responsable de solicitarlas.**

- Solicite un “Medi-Cal Managed Care Medical Exemption” (Exención de Cuidado Administrado de Medi-Cal) llamando al 1-800-430-4263.
- Complete el formulario y pida a su proveedor médico que lo firme.
- Si su hijo(a) califica, pero usted tiene problemas con el proceso, póngase en contacto con la oficina del Ombudsman llamando al 1-888-452-8609. También puede llamar a la Alianza de Salud para el Consumidor al 1-888-HMO-2219 para asistencia.

Si su hijo(a) necesita cuidado médico, tratamiento o terapia de alguien que no sea su Proveedor Médico Principal (PCP):

- El PCP debe aprobar su solicitud y darle una referencia a otro médico; y
- El Comité de Referencias de la organización de cuidado administrado aprobará o denegará el servicio.

(El cuidado Administrado a menudo limita el uso de especialistas, tratamiento y terapia; por lo tanto, no es inusual que le nieguen la petición. Sin embargo, usted puede cuestionar estas negaciones.)

Si usted y su Proveedor Médico Principal (PCP) no están de acuerdo con los servicios que su hijo(a) necesita:

- Recuerde que el primer “No” nunca es la respuesta final.
- Repita su solicitud **por escrito** e incluya documentación y/o razones adicionales que reafirman la necesidad que existe para que le den la referencia. Pida que su solicitud escrita forme parte de su expediente médico.
- Comuníquese con su administrador de casos para intercambiar opiniones sobre los servicios que usted cree que son necesarios. Averigüe si el/ella puede abogar por su hijo(a) (por ejemplo, aconsejarle sobre qué información incluir que podría ser importante para el PCP, y así apoyar la aprobación de su petición).
- Exija que le pongan **por escrito** todas las razones por las que le niegan su petición.
- Tal vez tenga que cambiar de Proveedor Médico Principal para su hijo(a). Esto debe hacerse solamente después de haberlo pensado con cuidado. Compare este incidente con el apoyo que ha recibido de este proveedor anteriormente.

Si su Proveedor Médico Principal aprueba su petición, pero la organización de cuidado administrado lo niega:

- Recuerde que el primer “No” nunca es la respuesta final.
- Pídale una carta al Proveedor Médico Principal de su hijo(a) para mandarla con su segunda petición.
- Asegúrese de indicarles que los servicios están relacionados con el cuidado médico, que van a beneficiar a su hijo(a), y que con esos servicios se van a evitar gastos mayores en el futuro.
- Comuníquese con su administradora de servicios y pídale que abogue por las necesidades especiales de su hijo(a). Por ejemplo, que le aconseje sobre la información que debe mandarles, y que puede ser importante para el comité de la organización, y convencerlos de que aprueben su petición.
- Exija que le pongan *por escrito* todas las razones por las que le niegan su petición. Esto es una ley *federal*.
- Puede solicitar también un "State Fair Hearing" (una Audiencia Formal Estatal) llamando al Departamento de Servicios Sociales al (800) 952-5253 antes de que pasen 90 días. Puede hacer esto aunque ya haya presentado una queja formal a su organización de cuidado médico administrado. Los servicios médicos que recibe continúan hasta que tomen una decisión, si solicita una audiencia en un plazo de 10 días desde la fecha que negaron su petición.
- También puede presentar una queja formal con su organización de cuidado administrado. Revise el resumen de la cobertura de su seguro y presente sus quejas por medio de los medios administrativos que ofrecen. Apunte todo lo que le dicen, y con quién ha hablado, incluyendo la fecha, el número de teléfono, y un resumen de la conversación. Es mejor que confirme todo lo dicho por escrito, y que mande todas sus cartas por correo certificado. Exija que le respondan por escrito. Recuerde que los servicios no continuarán solamente por presentar una queja. Debe solicitar también una Audiencia (“fair hearing”).
- Puede llamar a la Oficina del Ombudsman al 1-888-452-8609 para que le ayuden o aclaren cualquier duda que pueda tener.
- Si no puede resolver sus quejas por medio de los procesos normales de su MCO, llame al Departamento de Cuidado Médico Administrado al 1-888-466-2219, o TDD 1-877-688-9891.

POR FAVOR, NOTE: Dependiendo del plan de salud de cuidado administrado del Medi-Cal al que pertenece, la última etapa para presentar su apelación es por medio de un "State Fair Hearing" (una Audiencia Estatal Formal), o por el Departamento de Atención Médica Administrada. Ambas opciones están incluidas en este manual con el fin de mantenerlos informados. Consulte con su MCO para que le aclaren cualquier duda que tenga.

LA INFORMACIÓN QUE LE DAMOS LE SIRVE SOLO DE GUIA. PARA INFORMACION COMPLETA SOBRE EL PROCESO DE QUEJAS, COMUNIQUESE CON LA OFICINA DE SERVICIOS PARA CLIENTES DE SU PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO DEL Medi-Cal, EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA y/o EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES.

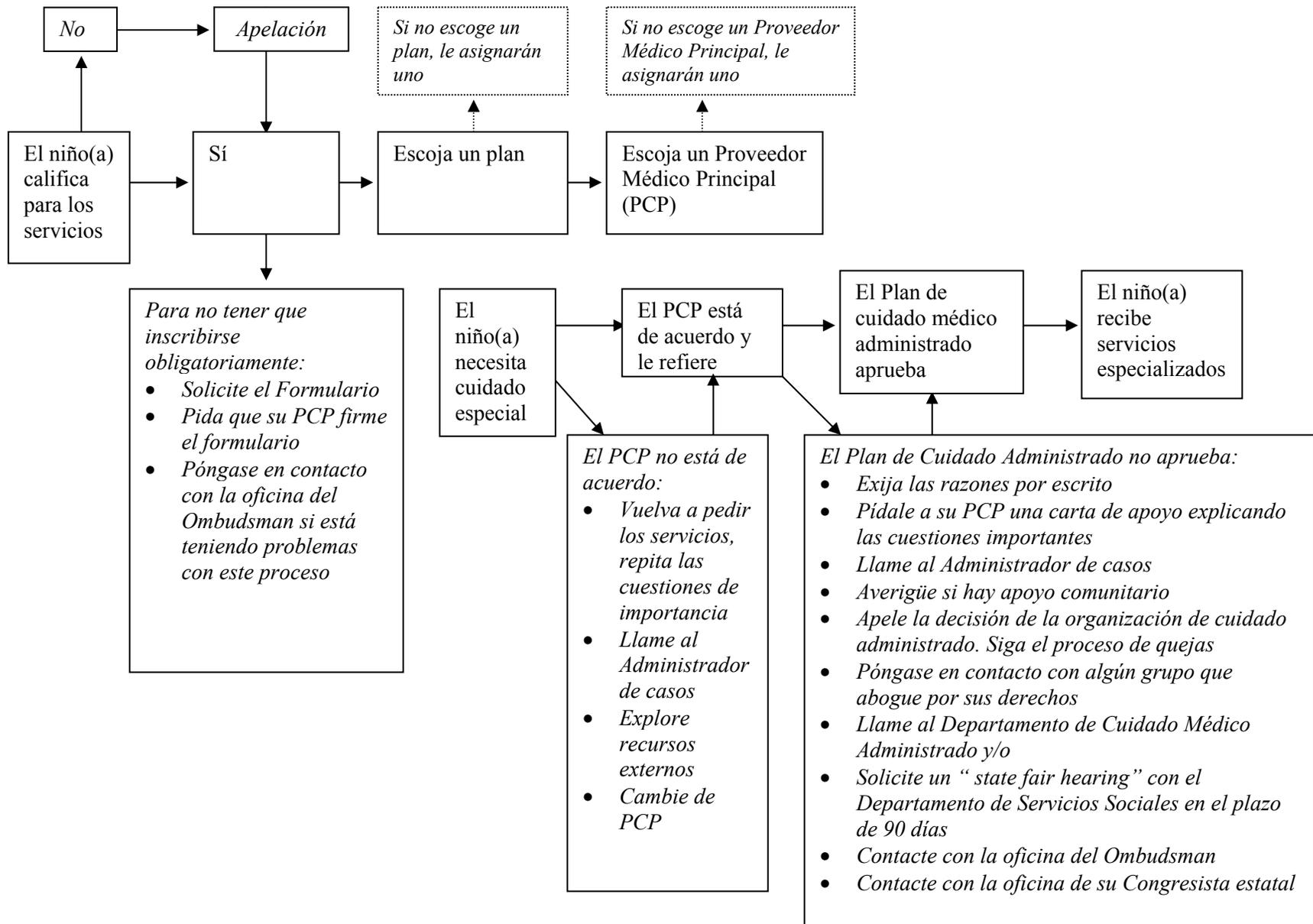
PROCESO QUE DEBE SEGUIR CUANDO SOLICITA SERVICIOS DE ORGANIZACIONES DE CUIDADO ADMINISTRADO:

- √ Su Proveedor Médico Principal (PCP)
- √ Administrador de casos de la organización (MCO)
- √ Proceso de Quejas de la organización (MCO)
- √ Departamento de Corporaciones
- √ “State Fair Hearing” (Audiencia Formal Estatal)
- √ Department of Managed Health Care (Departamento de Cuidado Médico Administrado)

RECUERDE:

- √ Revise el Resumen de Beneficios Cubiertos – conozca su plan
- √ Establezca buena relación con alguien del MCO que parezca receptivo
- √ Anote todo; guarde copias de todo
- √ Exija respuestas por escrito. Si no le escriben, escriba *usted* y confirme su conversación
- √ Considere la posibilidad de mandar sus cartas por correo certificado
- √ Medi-Cal es un programa complicado; Use los conocimientos ofrecidos por organizaciones y agencias de apoyo, como Protection and Advocacy y Health Consumer Alliance
- √ El programa de Cuidado Administrado de Medi-Cal es relativamente nuevo. El último paso en el proceso de apelaciones es por medio del California Department of Health and Social Services (Departamento de Salud y Servicios Sociales de California) o el California Department of Managed Health Care (Departamento de Cuidado Médico Administrado de California)

DIAGRAMA DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDI-CAL



CÓMO OBTENER LOS SERVICIOS QUE SU HIJO(A) NECESITA CON: MEDI-CAL / PAGO-POR-SERVICIO (FEE-FOR-SERVICE)

(Le agradecemos a la agencia Protection and Advocacy Inc. (PAI), y su manual “Medi-Cal: Service Rights and Entitlement Program Affecting Californians with Disabilities” (“Medi-Cal: Derechos a los Servicios y Programa de Derechos para Californianos con discapacidades”) por explicar en detalle el proceso de quejas de Medi-Cal. Es información muy valiosa. Puede llamar a la agencia PAI al (800) 776-5746 y pedir que le manden una copia. No le cobran por el manual, pero se recomienda un donativo.)

La ley federal prohíbe la inscripción obligatoria en el Programa de Cuidado Administrado de Medi-Cal de niños que necesitan cuidado médico especial.

Si su niño necesita cuidado médico especializado, tratamiento o terapia:

- El doctor debe aprobar su solicitud, y presentar un formulario para pedir autorización (TAR);
- Medi-Cal le devolverá el formulario TAR por correo, ya sea con su aprobación o rechazada, y las razones por las que rechazaron su solicitud.

Si Medi-Cal rechaza su solicitud para la autorización de tratamiento (TAR):

- Medi-Cal debe mandarle una Notificación de Acción (NOA), cuando le niegan su solicitud o TAR. La notificación debe tener (1) una explicación para el rechazo; (2) el reglamento que usaron como base para el rechazo, y (3) información sobre sus derechos de apelar.
- Recuerde que el primer “No” nunca es la respuesta final.
- Si actualmente está recibiendo servicios, Medi-Cal debe avisarle con 10 días de antelación antes de discontinuar o reducir los servicios.
- Solicite una audiencia formal o apelación durante esos 10 días de plazo, y Medi-Cal deberá continuar los servicios hasta que tenga que ir a su audiencia formal. Puede apelar decisiones completando la parte de atrás de la Notificación de Acción (NOA) o mandando una carta directamente a:

Office of the Chief Administrative Law Judge
Administrative Adjudications Division
Department of Social Services
744 P Street
Sacramento, CA 95814

- Tiene 90 días para presentar una apelación. Pero, si no recibió la notificación o el formulario NOA no explica las razones por las que su solicitud fue rechazada, incluyendo la cita exacta del reglamento en que se basaron, el límite de 90 días no es válido. El plazo de 90 días comienza el día en que recibe el formulario NOA, citando el reglamento apropiado.

Proceso para el “Fair Hearing” (Audiencia Formal):

- En cuanto reciba confirmación de su solicitud de apelación, escriba a la oficina de Medi-Cal que le negó su solicitud de autorización para tratamiento (TAR).
- En esa carta debe decirles que le citen los reglamentos que específicamente estipulan que hay que negarle los servicios que pidió. Pida también que le manden todas las notificaciones de instrucciones externas, o FINs, y todas las pólizas que dictan si lo que uno solicita está cubierto por el Medi-Cal, y qué justificación o documentación, que se basa en necesidad médica, se requiere para completar el formulario TAR en forma adecuada. Si la oficina del Medi-Cal no le da la información necesaria, puede llamar al número 800 que aparece en la notificación de pedido de una audiencia, y preguntarles qué es lo que tiene que hacer para que le den la información necesaria.
- Pídale a su médico que revise el material y se la explique en términos sencillos.
- Puede buscar los servicios de una agencia que aboga por los derechos del consumidor, para que le ayuden a coleccionar toda la información que debe presentar, y para que le ayude a prepararse para la audiencia formal. Vea la sección llamada “Recursos – Resources” en donde le damos algunas sugerencias que le pueden servir de ayuda.

ESTA INFORMACIÓN ES SOLAMENTE UNA GUÍA. PARA INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE EL PROCESO PARA QUEJAS, COMUNÍQUESE CON EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES.

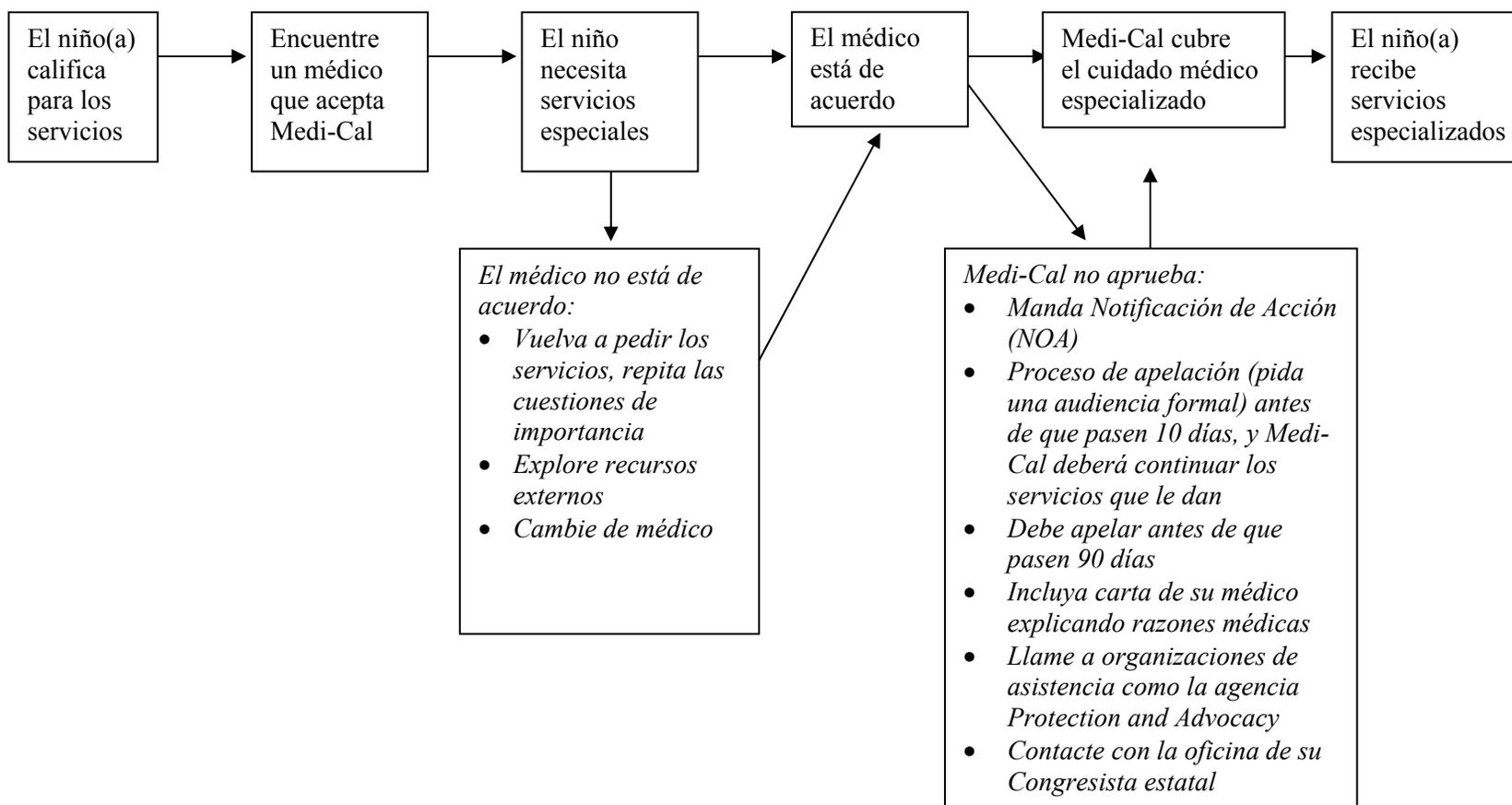
PROCESO QUE DEBE SEGUIR CUANDO SOLICITA SERVICIOS DE CUIDADO ADMINISTRADO:

- ✓ Médico
- ✓ Oficina local del Medi-Cal
- ✓ Apelaciones
- ✓ Audiencia Formal

RECUERDE:

- ✓ Medi-Cal es un programa muy complicado: Protection and Advocacy Inc. es una agencia que publica folletos y manuales con información del programa.
- ✓ Anote todo; guarde copias de todo
- ✓ Exija respuestas por escrito. Si no le escriben, escriba *usted* y confirme su conversación
- ✓ Considere la posibilidad de mandar sus cartas por correo certificado
- ✓ Asegúrese de comprobar las fechas en que debe presentar papeles o documentos importantes
- ✓ Utilice la experiencia y conocimientos de las organizaciones de asistencia que abogan por usted

DIAGRAMA DE MEDI-CAL / PAGO-POR-SERVICIO (FEE-FOR-SERVICE)



CÓMO OBTENER LOS SERVICIOS QUE SU HIJO(A) NECESITA CON: CALIFORNIA CHILDREN SERVICES (CCS)

Eligibilidad/Provisión de Servicios

Si ya solicitó los servicios de CCS, o si ya es un cliente, le notificarán por escrito si su elegibilidad, o si los servicios que solicitó le han sido negados, reducidos o suspendidos. La decisión se llama una "Notificación de Acción" (NOA). Una NOA se debe mandar cuando:

- Su elegibilidad médica o financiera es rechazada
- Su petición para nuevos servicios o beneficios es rechazada
- Le suspenden los servicios porque ya no califica
- Le modifican o terminan los servicios que le dan actualmente (excepto cuando el cambio ha sido recomendado por el médico que ofrece supervisión médica, o si la terminación o modificación cae dentro de los límites de tiempo en que esos servicios estaban autorizados).

Nota: Una NOA no se manda si el servicio o beneficio es un beneficio de Medi-Cal. Si cree que el Medi-Cal le negó un beneficio injustamente, por favor vea la sección sobre Medi-Cal en este manual, para que le sirva de ayuda con el proceso de apelar decisiones.

Hay dos formas de apelar una decisión NOA:

1. Proceso formal de apelaciones (Vea la Sección 1 abajo)
2. Evaluación de expertos en lugar de la apelación formal para servicios de terapia física y/o ocupacional. (Vea la Sección 2 abajo).

Sección 1 [Proceso Formal de Apelación] — Si no está de acuerdo con la decisión de una NOA del CSS:

- Recuerde que el primer "No" nunca es la respuesta final.
- La NOA contiene instrucciones para el proceso de apelación. Llame al número del CCS que está en la NOA. Tal vez pueda resolver el problema con una llamada de teléfono. Apunte todas las fechas de las conversaciones que tuvo por teléfono, y pida confirmación de la conversación por escrito, especialmente si el problema se resuelve en forma diferente a lo que la NOA que le mandaron le explicaba.
- Si no puede resolver el problema, solicite una apelación antes de que pasen 30 días desde la fecha de la NOA. Asegúrese de explicar claramente por qué no está de acuerdo con la acción que tomó el CSS y que clase de acción desea que tomen. Si el CSS ya le está dando servicios a su hijo(a), pida que estos servicios continúen hasta que su apelación haya sido decidida.
- El primer nivel de apelaciones es revisada al nivel de CCS del condado y debe ser completada antes de que pasen 21 días desde el recibo de su apelación.

- Si le niegan su primera apelación, tiene derecho de pedir una audiencia formal antes de que pasen 14 días desde la fecha en que el CCS le mandó la decisión por escrito. Recuerde que debe incluir una copia de la decisión a primer nivel cuando solicite su audiencia formal. Si necesita un intérprete, le pueden asignar uno gratuitamente – pero debe pedir el intérprete cuando solicita su audiencia formal.

Sección 2 [Evaluación de Expertos en lugar de Apelación Formal] — Para servicios de terapia física y/o ocupacional ofrecidos por el CCS Medical Therapy Program (MTP):

- Recuerde que el primer “No” nunca es la respuesta final.
- Pida una segunda opinión. Podrá escoger uno de tres médicos expertos que el CCS le ofrece.
- La segunda opinión se considera como la final. No se puede apelar esa segunda opinión.

Hay fechas de vencimiento para todas estas acciones y procesos. Hay un manual que se llama “Resoluciones de Quejas y Apelaciones para los Clientes o Solicitantes del CCS” (Código de Regulaciones de California, Título 22, Capítulo 13, Secciones 42700-42720) que describe y explica el sistema formal de respetar los derechos del individuo. Puede obtenerlo llamando a la oficina local más cercana del CCS.

ESTA INFORMACIÓN ES SOLAMENTE UNA GUÍA. PARA INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE EL PROCESO PARA QUEJAS DEL CSS, COMUNÍQUESE CON SU OFICINA DE CSS – SERVICIOS PARA NIÑOS DE CALIFORNIA.

PROCESO QUE DEBE SEGUIR CUANDO SOLICITA SERVICIOS AL CCS

- ✓ Su médico del CSS
- ✓ Administrador de casos
- ✓ Segunda opinión de un experto del CSS
- ✓ Apelación al primer nivel
- ✓ Solicitud de audiencia formal

RECUERDE

- ✓ Examine y estudie la información del CCS – conozca el plan y sus derechos
- ✓ Establezca una buena relación con su administradora de casos
- ✓ Guarde todos los documentos y copias
- ✓ Exija respuestas por escrito. Si no le escriben, escriba *usted* y confirme su conversación
- ✓ Considere la posibilidad de mandar sus cartas por correo certificado
- ✓ Sepa exáctamente cuándo debe presentar sus apelaciones y solicitudes
- ✓ Utilice la experiencia y conocimientos de las organizaciones de asistencia que abogan por usted

CÓMO OBTENER LOS SERVICIOS QUE NECESITA SU HIJO(A) CON: CENTRO REGIONAL/REGIONAL CENTER

(DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE DESARROLLO/DEPARTMENT OF DEVELOPMENTAL SERVICES – DDS)

De acuerdo con las estipulaciones del Acta de Lanterman, los centros regionales tienen la orden de asistir a familias para que obtengan cuidado y servicios médicos cuando es parte del Plan de Programa Individual (Individual Program Plan /IPP):

4685C1 SERVICIOS DE APOYO Y ASISTENCIA

LOS CENTROS DEPARTAMENTALES Y REGIONALES DEBEN DARLE ESPECIAL PRIORIDAD AL DESARROLLO Y EXPANSION DE SERVICIOS Y APOYO DISEÑADO PARA ASISTIR A FAMILIAS QUE CUIDAN DE SUS HIJOS(AS) EN SU CASA, CUANDO ESA ES LA ALTERNATIVA QUE PREFIEREN COMO PARTE DE SU PLAN DE PROGRAMA INDIVIDUAL. LA ASISTENCIA INCLUYE, PERO NO SE LIMITA, A CUIDADO MEDICO ESPECIALIZADO Y VISITAS AL DENTISTA, ENTRENAMIENTO ESPECIAL PARA LOS PADRES, PROGRAMAS DE ESTIMULACION DE BEBES, DESCANSO PARA LOS PADRES QUE CUIDAN DE ENFERMOS, SERVICIOS DOMESTICOS PARA LIMPIAR Y CUIDAR LA CASA, PASEOS PARA IR A ACAMPAR, GUARDERIA INFANTIL, CUIDADO TEMPORAL FUERA DE LA CASA EN UN LUGAR MEDICO, CUIDADO INFANTIL, CONSEJERIA, SERVICIOS DE SALUD MENTAL, PROGRAMAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA, EQUIPO ESPECIAL COMO SILLAS DE RUEDA, CAMAS DE HOSPITAL, APARATOS DE COMUNICACIONES, OTROS APARATOS Y ARTICULOS MEDICOS NECESARIOS, Y SERVICIOS DE ASISTENCIA PARA PODER ABOGAR POR Y ASISTIR A QUE LAS PERSONAS PUEDAN RECIBIR INGRESOS MONETARIOS, SERVICIOS EDUCATIVOS, Y OTROS BENEFICIOS A LOS QUE TIENEN DERECHO.

Si su hijo(a) necesita cuidado especializado, tratamiento, o terapia, y usted piensa que es un servicio que el Centro Regional debería darle:

- Pida lo que necesite por escrito a su administrador de caso, y clarifique lo que necesita de ellos con detalle. Es preferible hacerlo por escrito, y no llamar por teléfono, porque de esta manera el proceso no tarda tanto. Pida una reunión para un "Individual Program Plan (IPP)" (Plan de Programa Individual).
- Los artículos o servicios relacionados con la discapacidad de su hijo(a) debe incluirlo en su Plan de Programa Individual, o IPP.
- El Centro Regional es el programa que paga de último. Junto con su petición debe incluir cartas de otros seguros que le han negado cobertura, y también recetas que la han dado los doctores para comprar equipo médico necesario. Guarde copias de todo.
- Si pide que revisen el IPP de su hijo(a), deben hacerlo en un plazo de 30 días desde la fecha en que hizo su petición.

Si su administrador de casos no puede aprobar su petición durante la reunión del IPP su hijo(a):

- Solicite una segunda reunión del IPP antes de que pasen 15 días desde la primera reunión. Pida que esté presente una persona que pueda tomar decisiones ("decision-maker") del centro regional.
- Se pueden concertar más reuniones con respecto a su petición SI usted está de acuerdo.

Si su petición es rechazada:

- El centro regional debe mandarle una carta notificándole del rechazo de su petición antes de que pasen 5 días desde la segunda reunión sobre el IPP. La carta debe incluir las razones por las que le negaron su petición, la base legal para el rechazo, y la notificación de que usted puede apelar el rechazo.
- Pida que le manden una carta rechazando su pedido, y que le incluyan una solicitud para apelar ese rechazo.
- Presente su petición para una audiencia formal.
- Puede llamar a la Mesa Directiva del Area, o a Protección y Asistencia, para que puedan ayudarle.

Proceso de Audiencia Formal (este proceso puede cambiar a cause de un proyecto de ley que quiere añadir un proceso de mediación):

- Una audiencia informal debe llevarse a cabo antes de que pasen 10 días desde la fecha en que el centro regional recibe su petición. La notificación debe incluir los derechos que usted tiene de estar presente en todos los procedimientos, de presentar evidencia oral y escrita, de poder examinar a los testigos, de presentarse en persona con su abogado, o con otros representantes de su elección, el derecho que tiene a obtener documentos y a que le den un intérprete, asistencia de alguien que abogue por su caso, la fecha y hora que recomiendan para la audiencia.
- Si no está satisfecho con los resultados de la audiencia informal, tiene derecho a una audiencia formal. Presente una petición por escrito.
- Debe recibir su notificación en 20 días. La notificación debe incluir los derechos que usted tiene de estar presente en todos los procedimientos, de presentar evidencia oral y escrita, de poder examinar a los testigos, de presentarse en persona con su abogado, o con otros representantes de su elección, el derecho que tiene a obtener documentos y a que le den un intérprete, asistencia de alguien que abogue por su caso, la fecha y hora que recomiendan para la audiencia. La audiencia formal se llevará a cabo a una hora y en un lugar conveniente para usted y su representante autorizado.
- En el plazo de 10 días desde la fecha que se llevó a cabo la audiencia, el funcionario de audiencias presentará su decisión, la cual es final/definitiva.
- Puede apelar cualquier decisión administrativa en una corte de jurisdicción competente en el plazo de 90 días.

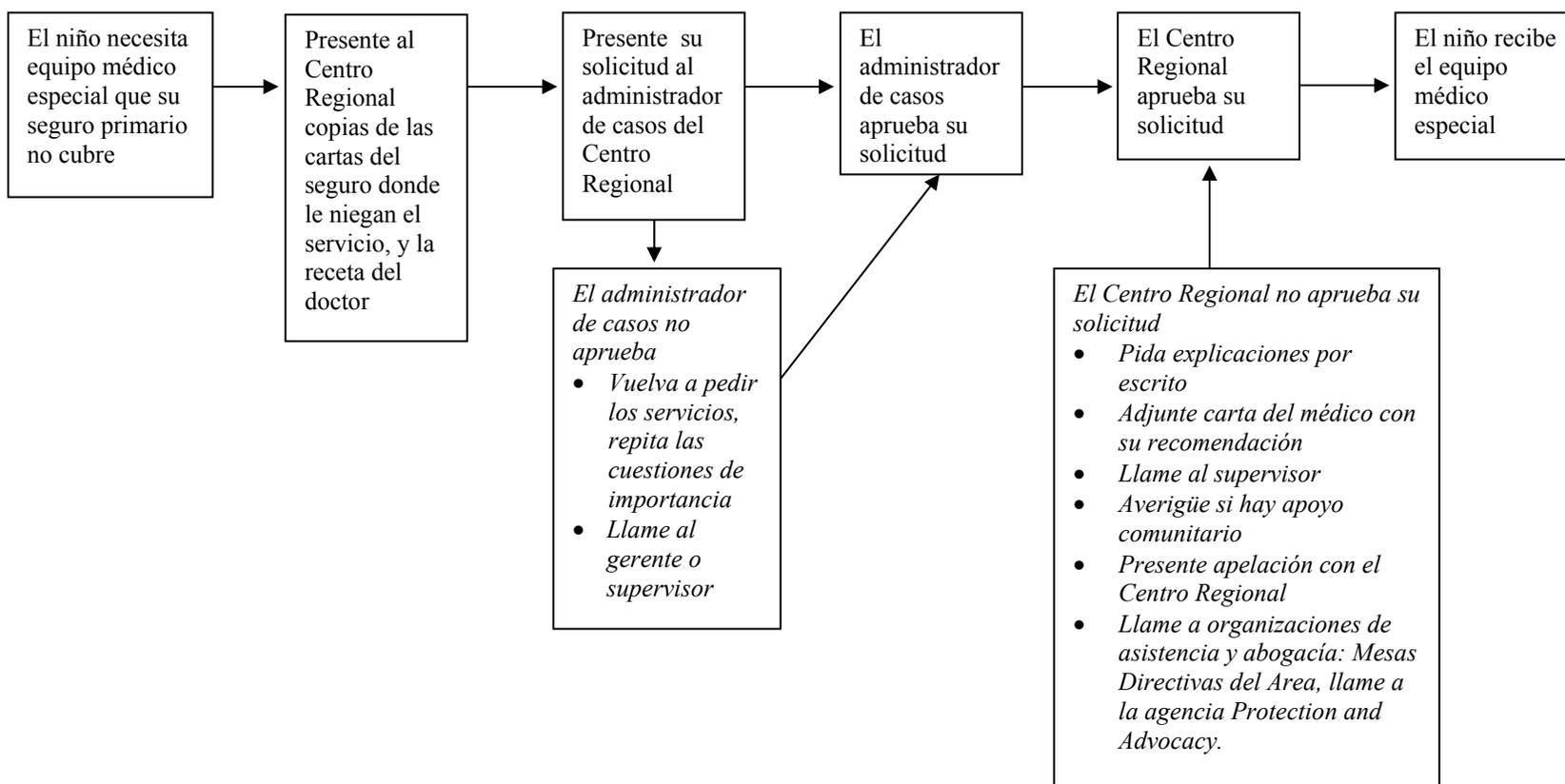
PROCESO QUE DEBE SEGUIR CUANDO SOLICITA SERVICIOS DEL CENTRO REGIONAL:

- ✓ Administrador de casos
- ✓ Persona que decide
- ✓ Audiencia informal
- ✓ Audiencia formal
- ✓ Cortes/Tribunales

RECUERDE:

- ✓ Revise el Acta Lanterman — conozca sus derechos
- ✓ Establezca una buena relación con su administrador de casos
- ✓ Anote todo; guarde copias de todo
- ✓ Exija respuestas por escrito. Si no le escriben, escriba *usted* y confirme su conversación.
- ✓ Considere la posibilidad de mandar toda su correspondencia por correo certificado
- ✓ Sepa exáctamente cuándo debe presentar sus apelaciones y solicitudes
- ✓ Utilice la experiencia y conocimientos de las organizaciones de asistencia que abogan por usted

DIAGRAMA DEL CENTRO REGIONAL PARA EQUIPO ESPECIALIZADO



CONSEJOS PARA ESCRIBIR CARTAS

Lo que debe incluir:

1. Es mejor que diriga su carta a una persona específicamente, en vez de algún departamento, o el plan de salud administrado en general. Por ejemplo::

Dr. John Smith
Medical Director
ABC Health Plan

2. Asegúrese de incluir el nombre de su hijo(a), el número de su expediente, o el número asignado por el plan, su dirección, y teléfono.
3. Comience la carta con un par de frases breves para explicarles quién es usted, y la razón por la que les escribe.
4. Si lo que está pidiendo es una explicación por escrito de las razones por haberle negado algún servicio, escríbales diciendo que ha revisado su contrato, y que no puede encontrar en la póliza ninguna razón válida para que le nieguen esos servicios. Pida que le den razones específicas, no respuestas como “beneficio no cubierto”, o “medicamente no necesario”.
5. Si está apelando el rechazo de algún servicio, explique lo que usted entiende son las razones por las que le negaron ese beneficio, y explique por qué usted cree que los servicios son necesarios y/o no deberían ser negados. Utilice artículos, investigación/estudios y otras opiniones profesionales para apoyar su caso.
- 6.
7. Incluya fechas y nombres de aquellas personas con quienes ya ha hablado anteriormente.
8. Pida una respuesta (por carta, por medio de una reunión, o llamada telefónica) dentro de un plazo razonable de tiempo. Su cobertura puede tener fechas específicas pertinentes a apelaciones; sea consciente de los procesos apropiados.
9. Consiga que alguien revise sus cartas.
10. Guarde una copia para sus archivos personales.
11. Mande copias de sus cartas a muchas personas, por ejemplo:
 - Al Proveedor Médico Principal de su hijo(a), o administrador de casos
 - Al departamento de personal de su lugar de empleo (si está cubierto por el plan de salud que le ofrecen en su trabajo)
 - Al representante de servicios para Miembros de su plan de salud
 - Al grupo o grupos de asistencia que le han dado apoyo
 - A sus representantes políticos estatales o locales, si las primeras respuestas no son satisfactorias

EJEMPLO DE CARTA I

Su Nombre
Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal (Zip code)
Número de Teléfono

Fecha

Nombre Completo de la persona a quien escribe
Título o posición
Nombre de Hospital/Grupo Médico/Agencia
Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal

Estimado (nombre de persona, use título primero y apellido último),

Párrafo de Introducción. En este párrafo, explique quién es usted, el nombre completo de su hijo(a), fecha de nacimiento, y *muy brevemente*, explique las razones por las que escribe.

Segundo Párrafo. En este párrafo, explique lo que quiere que hagan por usted, o lo que quiere que cambien. Puede explicar *brevemente* lo que no quiere de ellos, pero *use este párrafo sobre todo para decir lo que usted quiere que hagan.*

Tercer Párrafo. Dígales cómo quiere que le respondan. Por ejemplo, ¿Quiere una reunión con ellos, una carta, o una llamada de teléfono?

Párrafo Final. Para terminar su carta, déles su número de teléfono, y recuérdelos que espera recibir una respuesta de ellos muy pronto (o déles una fecha precisa para recibir su respuesta, como por ejemplo "antes del día 15").

Atentamente,

(Su firma)

EJEMPLO DE CARTA II

5 de enero de 2001

Paciente: Judy Jones
I.D. #:555-44-3333
Empleado: Jasper Jones
Grupo: Acme Associates
Claim Number/Número de Reclamo: 026439782

XYZ Insurance Company
555 Insurance Company Plaza
Anytown, USA Zip Code

Estimado Representante del Seguro.....:

Muchas gracias por haber revisado nuestra apelación por la denegación de un Touch Talker para nuestra hija, Judy Jones. Sin embargo, nos sentimos muy desilusionados al recibir su carta corroborando el rechazo anterior, con fecha 10 de diciembre de 1991 (vea la copia que le incluimos), y le pedimos que reconsidere esa decisión. Entendemos que el rechazo de nuestra petición se basa en la premisa de que el Touch Talker no se considera como una prótesis de acuerdo con las cláusulas de este plan, y tampoco se ajusta a la definición de equipo médico duradero. Hay muchos aparatos electrónicos de comunicación que son nuevos en el campo médico, y muchas compañías de seguro todavía no están del todo informadas de la naturaleza médica de estos aparatos, o de las funciones que sirven.

Judy tiene 9 años y tiene parálisis cerebral. Su laringe no funciona para el habla debido a la parálisis cerebral, y esta condición médica no se puede corregir con cirugía. El Touch Talker le serviría para reemplazar ese órgano que no le funciona, la laringe. La página 32 de su póliza dice que hay artículos médicos que el seguro cubre como por ejemplo, "...un aparato prostético que reemplaza un órgano o una extremidad..." El Touch Talker parece cumplir claramente con sus requisitos para considerarlo como una prótesis.

La página 22 de su póliza describe "equipo médico duradero" como equipo que:

- 1) "... puede aguantar uso repetido."
El Touch Talker puede resistir uso repetido. Y como muchas personas que usan el Touch Talker no tienen control voluntario de sus músculos, el Touch Talker está hecho de un material durable que se llama Kydex, y el cual puede aguantar el más duro de los tratamientos.
- 2) "...se usa principalmente y en general con fines de servicio médico."
Como les explicamos anteriormente, el Touch Talker sirve para reemplazar la función de la laringe, que no le funciona. Se usa principal y generalmente con ese propósito. Podemos documentar lo anteriormente dicho por medio de la carta del pediatra de Judy que le incluimos.
- 3) "...no es útil en la ausencia de enfermedad o lesión."
El Touch Talker provee de voz a las personas que no pueden hablar. No tiene funciones que podrían ser de beneficio a una persona que puede usar el habla, y los mecanismos del habla.

XYZ Insurance Company
5 de enero de 2001
Página 2

4) "... puede ser usado en el hogar."

El Touch Talker puede usarse en cualquier lugar, incluyendo el hogar.

Con las condiciones previamente expresas, está claro que el Touch Talker cumple con las condiciones de cobertura para equipo médico duradero. Además, de acuerdo con la conversación que sostuve con Mr. William Wilson de su firma, nuestro pedido fue rechazado porque al Touch Talker se le considera como computadora. El Touch Talker es definitivamente un aparato médico, que reemplaza una parte del cuerpo que no funciona.

En la sección de información general de nuestra póliza, en la página 42, "necesidad médica" está definida como: "Una condición médica que requiere servicios y tratamiento médico. Esos servicios y tratamiento deben ser generalmente aceptados como buenas prácticas médicas para el diagnóstico y condición del paciente."

Adjunto le enviamos una carta de la doctora de Judy, Dra. Penelope Perkins, que certifica la necesidad médica del equipo que le pedimos para Judy. Judy tiene apraxia aguda del habla, que se puede habilitar precisamente con un comunicador oral. Sin ese aparato, si Judy tuviera una emergencia, ella no tiene forma de comunicar lo que necesita. Sin recursos para poder comunicar su problema médico, el problema puede pasar desapercibido y empeorar, algo que requerirá más tratamiento extenso, y le va a costar más al seguro.

Muchas gracias por considerar nuestra apelación. Espero que con esta clarificación sobre el Touch Talker como aparato de comunicación, usted se dará cuenta de que es un gasto que debe ser cubierto por el seguro, y que debe estar incluido en nuestro seguro médico con ustedes.

Adjunto le envío copias de toda la correspondencia que hemos tenido hasta la fecha con respecto a nuestra petición. Por favor, avísenos si necesita más información, o quiere hacernos preguntas al respecto.

Atentamente,

Jane Jones

Jasper Jones

Adjuntos (Enclosures)

RECURSOS

AGENCIAS QUE REGULAN Y CONTROLAN O AGENCIAS DE SEGUIMIENTO

Para quejarse de planes de indemnización o pólizas de seguros de pago-por-servicio, llame o escriba a:

California Department of Insurance
Consumer Services Division
300 South Spring Street
Los Angeles, CA 90013
1-800-927-HELP
(1-800-927-4357)
1-800-482-4833
(TDD - Telecommunication Devices for the Deaf)

Preguntas o quejas con respecto a la mayoría de las HMO's (Organizaciones de Mantenimiento de la Salud) deben ser dirigidas a:

Department of Managed Health Care
HMO Help Center, IMR Unit
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
888-HMO-2219
TDD: 877-688-9891
www.hmohelp.ca.gov

Para más información sobre ERISA-Employees Retirement Security Act (Acta Federal de Seguridad para Jubilación de Empleados) o para planes de auto-seguros para empleadores, comuníquese con:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
200 Constitution Avenue, N.W.
Suite S-2524
Washington, DC 20210
415-975.4600 Northern California
626-229-1000 Southern California

CONTACTOS LOCALES

Programa:	California Children Services (CCS) (Servicios Para Niños de California)	Programa:	Medi-Cal
Contacto:		Contacto:	
Dirección:		Dirección:	
Teléfono:		Teléfono:	
Tel. Estatal:	916-327-1400	Tel. Estatal:	800-541-5555
Programa:	Child Health and Disability Prevention (CHDP) (Salud Infantil y Prevención de Discapacidades)	Programa:	Regional Center (Centro Regional)
Contacto:		Contacto:	
Dirección:		Dirección:	
Teléfono:		Teléfono:	
Tel. Estatal:	916-327-1400	Tel. Estatal:	916-653-0779
Programa:	Family Resource Center (Centro de Recursos Familiares)	Programa:	Supplemental Security Income (SSI) (Ingreso Suplementario del Seguro Social)
Contacto:		Contacto:	
Dirección:		Dirección:	
Teléfono:		Teléfono:	
Tel. Estatal:		Tel. Estatal:	800-772-1213
Programa:	Genetically Handicapped Persons Program (GHPP) (Programa para Personas con Discapacidades Genéticas)	Programa:	Temporary Assistance for Needy Families (TANF) (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) (CalWorks) (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)
Contacto:		Contacto:	
Dirección:		Dirección:	
Teléfono:		Teléfono:	
Tel. Estatal:	916-327-0470 800-639-0597	Tel. Estatal:	916-657-3546
Programa:	Plan de Salud	Programa:	Women, Infants & Children (WIC) (Mujeres, Infantes y Niños)
Contacto:		Contacto:	
Dirección:		Dirección:	
Teléfono:		Teléfono:	
Tel. Estatal:		Tel. Estatal:	888-942-9675
Programa:	Healthy Families	Programa:	Organización que Aboga por sus Derechos
Contacto:		Contacto:	
Dirección:		Dirección:	

Teléfono:		Teléfono:	
Tel. Estatal:	1-800-880-5305 and 1-888-747-1222	Tel. Estatal:	

RECURSOS DE AGENCIAS PÚBLICAS

A continuación ofrecemos una lista de números de teléfono de las varias agencias relacionadas con la salud pública mencionadas a lo largo de este manual. Algunas de las agencias estatales le podrán referir a recursos locales.

AGENCIA PÚBLICA	NÚMERO ESTADO / 800	NÚMERO LOCAL
<p>Access for Infants and Mothers (AIM) (Acceso para Bebés y Madres)</p> <p>AIM ofrece seguro médico para mujeres embarazadas y sus hijos(as), y ofrece también seguro médico para el bebé durante 2 años. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad.</p>	<p>800-433-2611 Fax: 888-889-9238 www.aim.ca.gov</p>	<p>El mismo</p>
<p>California Children Services (CCS) (Servicios para Niños de California)</p> <p>CCS es un programa ofrecido por medio del Título V de California para niños que necesitan cuidado médico especial. El CCS se encarga, dirige y paga por los servicios de cuidado médico, el equipo necesario, y por la rehabilitación, de acuerdo con las condiciones que ellos cubren. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p>916- 327-1400 www.dhs.ca.gov/pcfh/cms/ccs/</p> <p>Este número es para llamar al Departamento de Servicios de Salud, Sección de Servicios Médicos Infantiles, que se encarga de administrar las oficinas regionales y locales del CCS.</p>	
<p>CaliforniaKids</p> <p>CaliforniaKids ofrece servicios médicos en la clínica, servicios dentales, de la vista, recetas, y servicios para la salud mental a niños que no tienen seguro médico, con edad de 2 a 18 años. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p>818-755-9443 818-755-9700 www.californiakids.org</p>	<p>El mismo</p>
<p>CalWorks</p> <p>CalWorks es el nombre que se le da al programa federal de asistencia de California que se llama Temporary Assistance for Needy Families (TANF)(Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas), el cual le ofrece dinero en efectivo a esas familias. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p>(916) 445-6951 www.dss.cahwnet.gov/cdssweb/california_169.htm</p> <p>Este número es para llamar al Departamento de Servicios Sociales de California, que se encarga de administrar el programa CalWorks.</p>	

RECURSOS DE AGENCIAS PÚBLICAS, CONTINUADO

AGENCIA PÚBLICA	NÚMERO ESTADO / 800	NÚMERO LOCAL
<p>Child Health and Disability Prevention Program (CHDP) (Programa de Salud Infantil y Prevención de Discapacidades)</p> <p>CHDP es un programa de prevención para la salud que ofrece cuidado médico a tiempo y sin costo alguno, además de información, para niños y jóvenes. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p>916-327-1400 www.dhs.ca.gov/pcfh/cms/chdp/ TDD (916) 440-7399</p> <p>Este número es para llamar al Departamento de Servicios de Salud de CA, Sección de Servicios Médicos Infantiles, que se encarga de administrar las oficinas regionales y locales del CHDP.</p>	
<p>Department of Developmental Services (DDS) (Departamento de Servicios de Desarrollo)</p> <p>DDS le ofrece servicios y apoyo a personas que tienen discapacidades de desarrollo por medio de 21 Centros Regionales en el Estado de California. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p>(916) 654-1690 TTY: 916-654-2054 www.dds.cahwnet.gov</p>	<p>El mismo</p>
<p>Department of Education, Special Education Division (Departamento de Educación, División de Educación Especial)</p> <p>La División de Educación Especial ofrece dirección y asistencia a todas las agencias públicas y privadas que proveen servicios educativos individualmente a personas que tienen necesidades excepcionales, desde que son recién nacidos hasta los 21 años.</p>	<p>916-319-0800 www.cde.ca.gov/sp/se/</p>	

<p>Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud)</p> <p>El Departamento de Servicios de Salud administra servicios médicos en California, incluyendo las agencias y programas California Children Services (CCS), Medi-Cal, CHDP y otros programas.</p>	<p>916-445-4171 www.dhs.ca.gov TDD MCI: 800-735-2929</p>	<p>El mismo</p>
<p>Department of Insurance (Departamento de Seguros)</p> <p>La División de Servicios Para el Consumidor del Departamento de Seguros le ofrece información y le ayuda a investigar quejas con respecto a seguros médicos concedidos por <i>compañías de seguros</i>. Las quejas contra seguros médicos <i>no</i> concedidos por compañías de seguros (como planes de salud de cuidado administrado, por ejemplo), deben presentarse al Departamento de Cuidado Médico Administrado.</p>	<p>800-927-HELP (4357) TDD: 800-482-4833 Este número es para llamar a la Agencia de Comunicaciones del Consumidor que se encarga de administrar el Departamento de Seguros de CA. www.insurance.ca.gov</p>	<p>El mismo</p>
<p>Department of Managed Health Care (DMHC) (Departamento de Cuidado Médico Administrado)</p> <p>El DMHC ayuda a los consumidores de California a resolver problemas con sus HMOs, garantizando un sistema de cuidado médico administrado mejor, más estable y solvente. El DMHC, HMO Help Center (Centro de Ayuda) asiste a los consumidores en asuntos relacionados al cuidado médico y se asegura de que los consumidores de cuidado médico administrado reciban los cuidados y servicios a los que tienen derecho.</p>	<p>888-HMO-2219 or TDD 877-688-9891 www.dmhc.ca.gov</p>	<p>El mismo</p>
<p>Department of Social Services Fair Hearing Division (for Medi-Cal Grievances) (Departamento de Servicios Sociales, División de Audiencias Formales – para quejas contra Medi-Cal)</p> <p>Para que le den información sobre o para solicitar una Audiencia Formal Estatal para una queja contra Medi-Cal.</p>	<p>916-657-3550 FAX: 916-651-6258 www.dss.cahwnet.gov/shd/Mission,Vi_1544.htm</p>	

RECURSOS DE AGENCIAS PÚBLICAS, CONTINUADO

AGENCIA PÚBLICA	NÚMERO ESTADO / 800	NÚMERO LOCAL
<p>Genetically Handicapped Persons Program (GHPP) (Programa Para Personas que tienen Discapacidades Genéticas)</p> <p>GHPP se encarga de coordinar y pagar por cuidado médico y rehabilitación para algunos adultos, y para niños que califican, que tienen ciertas condiciones físicas hereditarias. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p>916-327-0470 800-639-0597 Fax: 916-327-1112 www.dhs.ca.gov/pcfh/ cms/ghpp</p>	<p>El mismo</p>

<p>Healthy Families</p> <p>Healthy Families es el nombre que se le da en California al Plan de Seguro Médico Infantil del Estado, y que ofrece seguro médico a niños de familias con pocos ingresos, pero que el nivel de ingresos se considera muy alto para calificar para el Medi-Cal. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p>800-880-5305 (si NO tiene a un hijo(a) en el programa) 866-848-916 (si tiene un hijo(a) en el programa) HealthyFamilies Maximus.com www.healthyfamilies.ca.gov/hf/hfhome.jsp</p>	<p>El mismo</p>
<p>Kaiser Permanente Cares for Kids Child Health Plan (Plan de Salud Infantil Cares For Kids de Kaiser)</p> <p>Este plan de salud infantil ofrece seguro médico a niños que no tienen seguro, que son menores de 19 años, y que no califican para otros programas públicos o privados. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p>800-255-5053 ckp.kaiserpermanente.org/locations/california/mod65/mod65-index.html</p>	<p>El mismo</p>
<p>Medi-Cal para Niños</p> <p>Medi-Cal es el programa público de California que paga por servicios médicos y servicios a largo plazo para Californianos que reciben pocos ingresos, y para otras personas que tienen gastos médicos muy grandes. Medi-Cal ofrece dos clases de cobertura: Pago-Por-Servicio, y Plan de Cuidado Médico Administrado. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p>888-747-1222 www.medi-cal.ca.gov</p>	<p></p>
<p>Dispensaciones del Medi-Cal (Waivers)</p> <p>Las dispensaciones del Medi-Cal permiten que algunos niños que necesitan cuidado especial, pero que tienen padres que reciben ingresos mayores de los permitidos para calificar en el Medi-Cal, puedan recibir los beneficios. Estas dispensaciones las administra el Departamento de Servicios de Desarrollo (Department of Developmental Services-DDS), o la división In-Home Operations de Medi-Cal. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p>“Home & Community-Based Services (HCBS) Waivers” 916-552-9105 or 213-897-6774 or DDS 916-654-1690</p>	<p>El mismo</p>

RECURSOS DE AGENCIAS PÚBLICAS, CONTINUADO

AGENCIA PÚBLICA	NÚMERO 800 / ESTADO	NÚMERO LOCAL
<p>Supplemental Security Income (SSI) (Ingreso Suplementario del Seguro Social)</p> <p>SSI es un programa federal que ofrece mensualmente cantidades de dinero en efectivo, y acceso a Medi-Cal para niños que tienen ciertas discapacidades o enfermedades crónicas. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p>800-772-1213 TTY: 800-325-0778 www.ssa.gov/notices/supplemental-security-income/</p>	<p>El mismo</p>
<p>Women, Infants and Children (WIC) Supplemental Nutrition Program (Programa de Nutrición Suplementaria para Madres, Bebés y Niños)</p> <p>WIC ofrece cupones de comida, educación sobre la nutrición, y referencias a otros servicios para mujeres y niños. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p>888-942-9675 www.wicworks.ca.gov</p>	

RECURSOS DE INFORMACIÓN Y AYUDA

A continuación ofrecemos una lista de números de teléfono de varias organizaciones que pueden darle información, referirles a la persona indicada y/o ayudarlo en California.

NOMBRE DE ORGANIZACIÓN	NÚMERO ESTADO / 800	CONTACTO LOCAL
<p>Developmental Disabilities Area Boards (Mesas Directivas Para Discapacidades de Desarrollo) Las mesas directivas se establecieron para controlar y revisar el sistema de prestar servicios a personas con discapacidades de desarrollo en cada región. Hay 13 en CA.</p> <p>Oficina de California State Council on Developmental Disabilities 1507 21st Street, Suite 210 Sacramento, California 95814</p>	<p>866-802-0514 or 916-322-8481 www.scdd.ca.gov También puede averiguar qué Mesa Directiva existe en su área, llamando al Centro Regional de su localidad.</p>	<p>Encuentre su Mesa Directiva local en: www.scdd.ca.gov/area_board_roster.htm</p>
<p>Family Resource Centers (Centros de Recursos Familiares) La mayoría de las comunidades/condados tienen un centro de recursos que ofrece ayuda dando información y referencias con respecto a problemas relacionados con niños que cuidado médico especial. Uno de los Parent Training and Information Centers (PTIs) (Centros Para Información y Entrenamiento de Padres), su centro regional, o el distrito escolar de su área, le pueden ayudar.</p>	<p>www.familyresourcecenters.net</p>	
<p>Family Voices (Voces de Familia) 2340 Alamo SE, Ste. 102 Albuquerque, NM 87106</p> <p>Family Voices es una red básica de información, que consiste de familias y sus amistades abogando para ayudar a niños que necesitan cuidado médico especial.</p>	<p>505-872-4774 888-835-5669 Fax: 505-872-4780 www.familyvoices.org</p>	<p>Coordinadora en CA: Linda Vossler-Swan @ Support for Families 2601 Mission Street, #606 San Francisco, CA 94110 415-282-7494</p>
<p>SSI for Children with Disabilities Project of the Volunteer Legal Services Program (Proyecto SSI para Niños con Discapacidades del Programa de Servicios Legales Voluntarios) 1360 Mission Street Suite 201 San Francisco, CA 94103</p> <p>www.sfbar.org/vlsp/children.html rmolloy@sfbar.org</p> <p>Este proyecto ofrece asistencia legal gratis a los padres que solicitan SSI para sus hijos(as).</p>	<p>415-865-9215 Fax: 415-575-3132</p>	<p>El mismo</p>

<p>Protection and Advocacy, Inc. (PAI) (Protección y Ayuda) 100 Howe Avenue, Suite 185-N Sacramento, CA 95825 www.pai-ca.org PAI es la agencia designada por ley federal que protege los derechos civiles, legales, y de recibir servicios de Californianos con discapacidades.</p>	<p>916-488-9950 800-719-5798 TTY 800-776-5746</p>	
---	---	--

RECURSOS DE INFORMACIÓN Y AYUDA, CONTINUADO

Centros de Información y Formación Para Padres (PTIs)

A continuación ofrecemos una lista de PTIs en California. Puede llamar a cualquiera de ellos si necesita información sobre niños que necesitan cuidado médico especial (esta lista ha sido proporcionada por “Technical Assistance Alliance for Parent Centers” que puede ver aquí: www.taalliance.org/centers).

NOMBRE DE ORGANIZACIÓN	NÚMERO ESTADO / 800	CONTACTO LOCAL
Disability Rights Education & Defense Fund (DREDF) (Fondo de Defensa y Educación sobre Derechos de Discapacidad) 2212 Sixth Street Berkeley, CA 94710 dredf@dredf.org www.dredf.org	510-644-2555 (TDD available) Fax: 510-841-8645 800-466-4232	El mismo
Exceptional Parents Unlimited (Padres Excepcionales Ilimitados) 4440 N. First St. Fresno, CA 93726 bcoulbourne@exceptionalparents.org www.exceptionalparents.org	559-229-2000 Fax: 559-229-2956	El mismo
Fiesta Educativa (CPRC) 163 S. Avenue 24, Suite 201 Los Angeles, CA 90031 info@fiestaeducativa.org www.fiestaeducativa.org	323-221-6696 Fax: 323-221-6699	El mismo
Matrix Parent Network & Resource Center (Red de Padres Matrix y Centro de Recursos) 94 Galli Drive, Suite C Novato, CA 94949 matrix@matrixparents.org www.matrixparents.org	415-884-3535 415-884-3554 (TDD) 415-884-3555 (fax) 800-578-2592	El mismo
Parents Helping Parents of Santa Clara (Padres Ayudando a Padres de Santa Clara) 3041 Olcott Street Santa Clara, CA 95054-3222 info@php.com www.php.com	408-727-5775 408-727-7655 (TDD) 408-727-0182 (fax)	El mismo
Rowell Family Empowerment of Northern CA (Potenciación del Norte de CA de la Familia Rowell) 3830 Rancho Road Redding, CA 96002 sklowrance@aol.com www.rfenc.org	530-226-5129 530-226-5141 877-227-3471	El mismo

RECURSOS DE INFORMACIÓN Y AYUDA, CONTINUADO

A continuación ofrecemos una lista de PTIs en California. Puede llamar a cualquiera de ellos si necesita información sobre niños que necesitan cuidado médico especial.

NOMBRE DE ORGANIZACIÓN	NÚMERO ESTADO / 800	CONTACTO LOCAL
<p>Support for Families of Children with Disabilities at Open Gate (Apoyo para Familias con Niños con Discapacidades en Open Gate) 2601 Mission St., 3rd Floor San Francisco, CA 94110-3111 info@supportforfamilies.org www.supportforfamilies.org</p>	<p>415-920-5040 Fax: 415-920-5099</p>	<p>El mismo</p>
<p>Team of Advocates for Special Kids (TASK)-Anaheim (Equipo de Defensores de Niños Especiales) 100 West Cerritos Ave. Anaheim, CA 92805 taskca@yahoo.com www.taskca.org</p>	<p>714-533-8275 714-533-2533</p>	<p>El mismo</p>
<p>Team of Advocates for Special Kids (TASK)-San Diego (Equipo de Defensores de Niños Especiales) 4550 Kearny Villa Road, Suite 102 San Diego, CA 92123 taskca@yahoo.com www.taskca.org</p>	<p>858-874-2386 Fax: 858-874-0123</p>	<p>El mismo</p>

RECURSOS NACIONALES

<p>Bazon Center For Mental Health Law (Centro Bazelon para la Abogacía de la Salud Mental) 1101 – 15th Street NW, Suite 1212 Washington, D.C. 20005 202-467-5730 Fax: 202-223-0409 www.bazon.org</p>	<p>El Centro Bazelon es una organización no lucrativa para la defensa de personas con enfermedades mentales, y retraso mental.</p>
<p>Exceptional Parent Library (Biblioteca para Padres Excepcionales) 800-372-7368 www.eplibrary.com</p>	<p>La Biblioteca para Padres Excepcionales vende libros relacionados con un gran número de temas sobre discapacidades.</p>
<p>Family Voices (Voces de Familia) 2340 Alamo SE, Ste. 102 Albuquerque, NM 87107 505-872-4774 or 888-835-5669 Fax: 505-872-4780 www.familyvoices.org kidshealth@familyvoices.org</p>	<p>Voces de la Familia es un centro de distribución nacional, a nivel popular, de información y educación sobre cuidado de la salud para chicos que necesitan cuidado médico especial.</p>
<p>Fathers Network, The (La Red de Padres) Kindering Center 16120 NE 8th Street Bellevue, Washington 98008 425-747-4004 Fax: 425-747-1069 greg.schell@kindering.org www.fathersnetwork.org</p>	<p>La Red de Padres ofrece información actualizada y recursos para ayudar todas aquellas familias y proveedores de cuidado médico involucrados en las vidas de niños que necesitan cuidado especial.</p>
<p>Institute for Child Health Policy (Instituto de Pólizas para la Salud Infantil) University of Florida 1329 SW 16th St., Room 5130 Gainesville, FL 32608 352-265-7220 Fax: 352-265-7221 www.ichp.ufl.edu</p>	<p>El Instituto de Pólizas Para la Salud Infantil se dedica a niños que están en planes de salud administrados, con énfasis en niños que necesitan cuidado médico especial.</p>
<p>Institute for Health and Disability (Instituto para la Salud y Discapacidad) 420 Delaware Street SE, Box 721 Minneapolis, Minnesota 55455 instihd@tc.umn.edu www.peds.umn.edu/Centers/ihd</p>	<p>El Instituto para la Salud y Discapacidad es una cadena de programas para niños y jóvenes, y sus familias, diseñados para mejorar la salud y el funcionamiento de niños y jóvenes dentro del ambiente familiar y de la comunidad en que viven.</p>
<p>Mothers United for Moral Support, Inc. (MUMS) National Parent to Parent Network (Madres Unidas para Apoyo Moral, Red Nacional de Padres a Padres) 150 Custer Court Green Bay, Wisconsin 54301-1243 877-336-5333</p>	<p>MUMS es una organización de padres-a-padres nacional para familias de niños con cualquier discapacidad, trastorno, anormalidad de cromosomas, o condición de salud, que da apoyo a los padres por medio de un sistema de intercomunicación entre padres que tienen niños con las mismas condiciones médicas, o</p>

<p>Fax: 920-339-0995 mums@netnet.net www.netnet.net/mums</p>	<p>condiciones parecidas.</p>
--	-------------------------------

RECURSOS NACIONALES, CONTINUADO

<p>National Committee for Quality Assurance (NCQA) (Comité Nacional para Asegurar Calidad) 2000 L Street NW, Suite 500 Washington, D.C. 20036 202-955-3500 www.ncqa.org</p>	<p>NCQA es una organización privada, no lucrativa, dedicada al asesoramiento, y a hacer informes sobre la calidad de planes de cuidado administrados.</p>
<p>National Dissemination Center for Children and Youth With Disabilities (NICHCY) (Centro de Diseminación Nacional para Niños y Jóvenes con Discapacidades) P.O. Box 1492 Washington, D.C. 20013-1492 800-695-0285 TTY: 800-695-0285 Fax: 202-884-8441 nichcy@aed.org www.nichcy.org</p>	<p>NICHCY es el centro nacional de información y referencias que provee información sobre discapacidades y asuntos relacionados con discapacidades que afectan a familias, educadores, y otros profesionales, con énfasis en los niños y jóvenes(hasta los 22 años).</p>
<p>HRSA: Health Resources and Services Administration Information Center (Centro de Información de Recursos de Salud y Administración de Servicios) Parklawn Building 5600 Fishers Lane 888-275-4772 www.hrsa.gov</p>	<p>HRSA trabaja para mejorar y alargar la vida de personas que viven con VIH/SIDA, proveer cuidado médico primario a personas con insuficiente atención médica, servir a mujeres y niños por medio de programas estatales, y formar una fuerza laboral de cuidado médico diversa y con motivación para trabajar en comunidades con servicios insuficientes a través de publicaciones, recursos, y referencias para servicios de cuidado médico para individuos con bajos ingresos, sin seguro, y aquellos que necesitan cuidado médico especial.</p>
<p>National Organization for Rare Disorders (NORD) (Organización Nacional Para Trastornos Poco Frecuentes) 55 Kenosia Avenue PO Box 1968 Danbury, CT 06813-1968 203-744-0100 TTY: 203-797-9590 Fax: 203-798-2291 orphan@rarediseases.org www.rarediseases.org</p>	<p>NORD es una federación de organizaciones benéficas no lucrativas para la salud que sirven a personas con trastornos y discapacidades poco frecuentes.</p>
<p>National Parent to Parent Support and Information System (NYPPSIS) (Sistema de Información y Apoyo para Padres a Padres Nacional) P.O. Box 907 Blue Ridge, GA 30513 706-632-8822 800-651-1151 (Parents)</p>	<p>NPPSIS es una organización no lucrativa establecida para apoyar, fortalecer, y apoderar a familias por medio de contactos individuales de padres a padres.</p>

Fax: 706-632-8830 Judd103w@wonder.em.cdc.gov	
--	--

RECURSOS NACIONALES, CONTINUADO

<p>National Rehabilitation Information Center for Independence (NARIC) (Centro Nacional de Información para la Rehabilitación) 4200 Forbes Boulevard, Suite 202 Lanham, MD 20706 800-346-2742 or 301-459-5900 TTY: 301-459-5984 naricinfo@heitechservices.com www.naric.com</p>	<p>NARIC reúne y distribuye información a cualquier persona interesada en discapacidades y rehabilitación.</p>
<p>Technical Assistance Alliance for Parent Centers Parent Training & Information Centers (PTI's) & Community Parent Resource Centers PACER Center (Alianza de Asistencia Técnica para Centros de Padres) 8161 Normandale Blvd Minneapolis, MN 55437-1044 952-838-9000 888-248-0822 TTY: 952-838-0190 Fax: 952-838-0199 alliance@taalliance.org www.taalliance.org</p>	<p>La Alianza de Asistencia Técnica para Centros de Padres provee asistencia técnica para establecer, desarrollar, y coordinar Proyectos de Información y Formación de Padres. Proyectos patrocinados por IDEA (Acta de Educación para Individuos con Discapacidades).</p>

SITIOS WEB ADICIONALES DE INTERÉS

Alliance of Genetic Support Groups Directory

<http://www.medhelp.org/agsg/agsgup.htm>

Listado alfabético de enlaces a sitios web de grupos de apoyo que se especializan en discapacidades o desórdenes genéticos.

American Academy of Pediatricians

<http://www.aap.org>

Sitio web de la Academia Americana de Pediatras.

American Speech-Language-Hearing Association

<http://www.asha.org>

Sitio web de la Asociación Americana del Habla-Lenguaje-Oído con información para padres, consumidores, y profesionales.

DrugInfonet

<http://www.druginfonet.com>

Proporciona información y enlaces a áreas en la web relacionados a temas sobre el cuidado médico y temas farmacéuticos.

Family Village

<http://www.familyvillage.wisc.edu>

Un sitio web que proporciona información, recursos y oportunidades de comunicación para familias de niños con discapacidades. Contiene muchos enlaces a otros sitios web.

MMRL-Multi-Media Medical Reference Library

<http://www.med-library.com/medlibrary>

A través de este sitio web se puede buscar y examinar una multitud de publicaciones y bases de datos médicos.

National Institute of Health—Health Info

<http://www.nih.gov/health>

Sitio web que contiene algunos de los recursos de información sobre la salud proporcionados por el Instituto Nacional de la Salud.

Office of Rare Diseases

<http://rarediseases.info.nih.gov/>

Sitio web de la Oficina de Enfermedades Poco Frecuentes (ORD). Incluye información sobre más de 6000 enfermedades poco frecuentes.

Pedbase

http://www.meistermed.com/isilodepot/isilodocs/isilodoc_kw_pedsdb.htm

Una base de datos pediátrica diseñada para proporcionar información sobre varios trastornos pediátricos.

PubMed

www.PubMed.gov

El servicio de búsqueda de la Biblioteca Nacional de Medicina para acceder a citas en MedLine y otras bases de datos relacionadas.

GLOSARIO

DEFINICIONES DE CUIDADO MÉDICO

Las definiciones empleadas han sido adaptadas de las siguientes publicaciones:

- PASSPORT: Knowing the Language (producido por "Families as Participants: Working Within a Managed Care System", un proyecto fundado por el US Maternal and Child Health Bureau)
- "Alphabet Soup: Health Care Definitions for Children with Special Health Needs" y otras hojas informativas de Family Voices
- "The ABCs of Managed Care", un informe del Egg Harbor Family Summit
- "Managed Care for Children with Special Health Care Needs: Physician Case Management Model" por Subcommittee on the Managed Care Initiative of Children's Special Health Care Services Advisory Committee.
- "Understanding Medi-Cal: The Basics", publicado por el Medi-Cal Policy Institute

ACCESO:

La habilidad de poder recibir servicios de un sistema de cuidado médico o proveedor médico.

RESPONSABILIDAD:

Hay formas de proporcionar información relacionada al funcionamiento y utilización del sistema de servicios.

CUIDADO CRÍTICO:

Servicios médicos que se ofrecen después de un accidente o para una enfermedad, generalmente para un corto período de tiempo.

SELECCIÓN ADVERSA:

Ocurre cuando las personas que se inscriben en un plan médico tienen gastos médicos más altos que la población en general; si muchas de las personas inscritas tienen gastos superiores al promedio, el plan de seguro médico sufre de selección adversa.

GASTOS PERMISIBLES:

Los gastos necesarios, de rutina, y razonables, que un cubre un seguro médico.

CUIDADO AMBULATORIO:

Cuidado médico que se ofrece a los pacientes en la consulta, sin tener que internarse en el hospital.

FECHA DE ANIVERSARIO:

Fecha cuando un plan de salud o contrato de seguro con una compañía o con un suscriptor individual se renueva cada año. Es la fecha más probable para cambios a los costos de las primas y beneficios. Esta fecha puede estar precedida por un "open enrollment period" (período abierto de inscripción), que es cuando los empleados tienen la opción de cambiar de plan de salud.

LÍMITES MÁXIMOS ANUALES O CAPACIDADES MÁXIMAS (CAPS):

Límites que los seguros imponen para ciertos servicios. Puede ser un número de visitas médicas, o una cantidad en dólares. Si la persona necesita más de los servicios permitidos por los límites del plan, uno debe pedir una excepción a esa regla.

APELAR:

Solicitar formalmente que un plan de salud cambie una decisión.

APARATOS TECNOLÓGICOS DE ASISTENCIA:

Según el programa de IDEA, esto consiste de cualquier pieza, equipo, o producto de algún sistema, ya sea comercialmente adquirido, modificado, o hecho a medida, que se usa para mejorar, mantener, y aumentar la capacidad funcional de un niño con discapacidades.

SERVICIOS TECNOLÓGICOS DE ASISTENCIA:

Bajo el programa de IDEA, cualquier servicio que asiste directamente a niños con discapacidades a seleccionar, comprar, o usar un aparato tecnológico de asistencia.

DURACIÓN PROMEDIA DE ESTANCIA:

Medida empleada por hospitales para determinar el promedio de días que los pacientes están internados. Las firmas de cuidado administrado generalmente determinan cuánto tiempo se debe internar a los pacientes, y se aseguran de que ese tiempo no sea excedido por el paciente.

MALA FE:

Cuando un plan de seguro médico se niega a pagar un reclamo válido de forma no razonable. Esto se puede remediar por medio de un litigio civil.

COBRO DEL BALANCE:

La práctica de cobrar al paciente cualquier gasto de su cuidado médico que no está “cubierto” (pagado) por su seguro médico. Las circunstancias bajo las cuales se permite realizar “balance billing” (Cobro del Balance) debería estar claramente escrito en los contratos del proveedor con planes de salud.

BENEFICIOS BÁSICOS:

Un conjunto de “servicios médicos básicos” especificados en su manual para miembros, y aquellos servicios requeridos por leyes federales y estatales y regulaciones pertinentes.

FIRMAS DE CUIDADO MÉDICO PARA SALUD MENTAL:

Organizaciones de cuidado administrado especializado, que se enfocan en los beneficios de la salud mental y el abuso de sustancias, lo cual llaman “cuidado médico de comportamiento.” Estas organizaciones ofrecen un beneficio de salud mental y abuso de sustancias administrado a los empleadores y agencias públicas. Apenas existían hace 10 años, pero ahora son una gran industria.

BENEFICIARIO:

El paciente (su hijo[a]) o familia que recibe los “beneficios” o servicios del seguro médico.

BENEFICIOS o CONJUNTO DE BENEFICIOS:

Los servicios cubiertos por un plan de salud o compañía de seguros, bajo los términos de su contrato con los miembros.

CAPACIDAD:

La capacidad de una organización de salud para proveer los servicios médicos necesarios.

CAPITACIÓN:

Método de pagos por servicios por medio del cual la compañía aseguradora paga sumas fijas a los proveedores médicos por cada persona que recibe servicios, sin importar el tipo o total de servicios prestados. Algunos HMOs pagan sumas de capitación fijas mensuales a los doctores, a menudo refiriéndose a ello como una cantidad "per member per month" (por miembro por mes).

COORDINACIÓN DE CUIDADO MÉDICO:

El proceso de tener todas las necesidades de cuidado médico coordinadas por una sola persona, con énfasis en maximizar la capacidad de una familia para administrar las necesidades de su hijo(a) y ofrecerle cuidado de alta calidad, sin repetir o hacer mal uso de los servicios.

PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE CASOS:

Programas especiales que ahora ofrecen muchas compañías de seguros, especialmente para individuos que requieren tratamientos caros, o tienen condiciones crónicas. Estos programas asignan a un administrador de casos para que supervise el cuidado médico del miembro del plan. Los administradores de casos pueden hacer arreglos para beneficios dentro o fuera del plan. Comuníquese con su plan si quiere saber si califica, y cómo funciona.

CATEGÓRICO:

Que designa la elegibilidad de personas para recibir asistencia porque entran en ciertos grupos de asistencia social o categorías (Personas Mayores, Ciegos, Discapacitados).

CERTIFICADO DE SEGURO MÉDICO:

Una descripción de beneficios médicos incluidos en el plan de salud, que generalmente entrega el trabajo o grupo a los miembros asegurados.

NIÑO/A CON DISCAPACIDAD:

Según IDEA, un niño con retraso mental, problemas auditivos (incluyendo sordera), dificultades con el habla o lenguaje, trastornos emocionales, impedimentos ortopédicos, autismo, problemas de la vista (incluyendo ceguera), lesión traumática del cerebro, otros impedimentos de la salud, o discapacidades específicas del aprendizaje, que necesita educación especial y servicios relacionados.

NIÑOS/AS QUE NECESITAN CUIDADO MÉDICO ESPECIAL:

Aquellos niños(as) que tienen o corren el riesgo de tener condiciones crónicas físicas, del desarrollo, del comportamiento o emocionales y quienes también requieren cuidado médico y servicios relacionados de cierto tipo y más de lo que otros niños(as) requieren normalmente.

RECLAMO:

La documentación de un servicio médico que un paciente asegurado recibió de un médico, hospital, laboratorio, servicio de diagnóstico, u otro profesional médico. En planes de cuidado médico administrado, reclamos no son necesarios (Vea las definiciones de Capacitación y Co-pago).

CLÍNICO:

Un término frecuentemente empleado para describir todo tipo de profesionales médicos que cuidan a pacientes – médicos, enfermeras, asistentes del médico, terapeuta, etc.

CRITERIOS CLÍNICOS:

La guía de cuidados empleado por planes de salud y proveedores médicos para tomar decisiones sobre necesidad médica.

CO-PAGO (o CO-SEGURO):

La porción del costo total de servicios médicos y de hospital que paga el paciente, después de que se haya pagado la suma deducible. Los planes de indemnización o compensación generalmente requieren un co-pago que es un porcentaje del costo del servicio (por ejemplo, 20%). La cantidad varía de acuerdo con el tipo de servicio, y la fecha en que el servicio fue recibido, (por ejemplo, unos días después de una emergencia), o el lugar donde el beneficio fue recibido (por ejemplo, en el hospital o en el consultorio del doctor). Los planes de cuidado administrado normalmente requieren co-pagos de una cantidad fija sin tener en cuenta el costo del servicio.

COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) PL.99-272:

Una ley federal que ofrece la oportunidad a individuos de continuar con el mismo seguro médico por 18-36 meses, después de haber perdido su trabajo, o para que dependientes cubiertos por el seguro puedan seguir cubiertos después de la muerte del asegurado. El individuo tiene la responsabilidad de pagar el costo total de las primas del seguro médico. La póliza contiene ciertas condiciones para seguir recibiendo los mismos beneficios. El Comisionado Estatal de Seguros el teléfono o alguien de su trabajo, le pueden dar más información sobre sus derechos para continuar pagando su propio seguro médico. Información y Asistencia para el consumidor es 1-800-027-4357]

CUIDADO COLABORATIVO:

La función que desempeñan las familias como los que toman las decisiones, y como los encargados de cuidar al niño(a) se reconoce y se apoya cuando el sistema de financiamiento para cuidado médico paga por los servicios que apoyan esas funciones. La participación de la familia para decidir en qué forma se distribuyen los recursos médicos se logra cuando se reconoce que deben ser los padres los que deben tomar las decisiones para trazar un plan de salud para su hijo(a).

CON BASE COMUNITARIA:

El sistema de cuidado responde a las necesidades que la comunidad del área define, y cuenta con la comunidad para poder satisfacer esas necesidades.

En la medida posible, los servicios se ofrecen cerca de o en la misma comunidad.

VALORACIÓN COMUNITARIA:

Práctica de las compañías de seguro por medio de la cual agrupan a las personas de una misma área geográfica, y les ofrecen ciertos servicios por un mismo precio, sin tener en cuenta el estado de salud de cada individuo.

CHEQUEOS CONTINUOS:

Técnica de planes de cuidado médico administrado mediante la cual un representante de la compañía revisa continuamente los expedientes de los pacientes hospitalizados, para determinar si la hospitalización es demasiado larga, y si el tratamiento es apropiado.

CONTINUIDAD DEL CUIDADO MÉDICO:

Hasta qué punto el cuidado médico que recibe un paciente desde el comienzo de su enfermedad hasta su recuperación es continuo, es decir, que sin interrupciones.

CONTINUUM DE CUIDADO MÉDICO:

Una serie de servicios médicos, tratamientos de enfermería, y servicios sociales en una variedad de facilidades distintas para proporcionar los servicios más apropiados según el nivel de cuidado médico requerido. Por ejemplo, un hospital puede ofrecer servicios de cuidado infantil hasta una residencia para enfermos terminales.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS:

El proceso que regula la aplicación de beneficios cuando la persona tiene más de un plan de seguro. Los seguros estatales y privados tienen reglamentos que ordenan cómo deben coordinarse los servicios y los pagos. Normalmente se designa un plan para cubrir gastos primarios y el resto es responsabilidad del segundo seguro. Se hace esto para que la persona no pueda cobrarle doble a los seguros por el mismo servicio.

CO-PAGO:

Es un acuerdo de costos compartidos por el cual el miembro del plan de salud paga, al proveedor médico, una cantidad específica por un servicio específico.

SUSTITUCIÓN DE COSTOS:

Es un fenómeno que ocurre en el sistema de cuidado médico de los Estados Unidos en el cual los proveedores médicos, hospitales o centros de atención médica, no reciben pagos adecuados por servicios ofrecidos a pacientes que tienen planes de seguro del gobierno. Lo que hacen es cobrarles más a

pacientes que tienen seguros privados para poder recobrar su dinero.

CONTENCIÓN DE COSTOS:

Es el esfuerzo que se hace para reducir los costos elevados de prestar y recibir atención médica. Los costos son mayores cuando se abusa el uso de servicios, y cuando se puede cuidar al paciente en facilidades menos costosas, sin dañar su salud.

COBERTURA:

Conjunto acordado de servicios médicos que un plan de salud paga y/o ofrece.

CREENCIALES:

El proceso sirve para verificar que un doctor, o proveedor médico, tiene las credenciales necesarias para poder participar en el plan de salud. Los requisitos varían, pero generalmente, los doctores deben presentar su licencia del Estado, y privilegios de admisión a hospitales con planes de salud. A veces, también tienen que presentar otras credenciales, u otras certificaciones.

CROSSOVER (CRUCE DE PAGOS):

Se refiere a un reclamo que ha sido procesado y pagado parcialmente por Medicare, y que después es procesado por MediCal para aquellos que tienen doble-elegibilidad.

TECNOLOGÍA ACTUAL DE PROCEDIMIENTO (CPT):

Es una lista de códigos de la Asociación Médica Americana que describe los procedimientos médicos para cobrar los servicios. Cada cobro presentado por su proveedor médico a la compañía de seguros debe incluir un código específico.

CUIDADO COTIDIANO:

Cuidado médico que se le da al paciente para ayudarlo con sus necesidades diarias, pero que no requiere atención médica especializada.

RAZONABLES Y DE RUTINA:

Se refiere a una tarifa que está dentro del promedio común de tarifas comunitarias.

DEDUCIBLE:

Es la cantidad de dinero que usted debe pagar para recibir atención médica antes de que los beneficios de su plan comiencen y su seguro cubra los gastos. Compruebe qué cantidad debe pagar cada miembro de su familia. A veces se paga una suma específica para toda la familia, pero no se pueden pasar del total permitido. Los deducibles varían con cada plan, y se pagan sólo una vez al año.

GRUPOS BASADOS EN DIAGNÓSTICOS (DRGs):

Este método reembolsa los gastos del proveedor médico basándose en el diagnóstico médico para cada paciente. Los hospitales reciben una cantidad fija basada en el tiempo que se calcula que un paciente con cierto diagnóstico debe internarse en el hospital. A esto también se le llama sistema de pagos calculados.

DOCUMENTACIÓN:

Documentos escritos sobre el cuidado y seguro médico de su familia. Necesitará documentos detallados para apoyar su caso si hay desacuerdo con su seguro médico.

DOBLE-ELEGIBLES:

Son las personas que califican para Medicaid (se llama MediCal en California) y Medicare. En estos casos, los servicios que cubre Medicare se pagan primero, y el Medicaid cubre el resto.

EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME):

Equipo médico que es necesario pero no se puede desechar después de usarlo. Por ejemplo, sillas de ruedas, andadores, ventiladores, e inodoros portátiles sobre ruedas.

EXÁMENES PREVENTIVOS Y PERIÓDICOS, PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (EPSDT):

Servicios y beneficios obligatorios del Medicaid para niños y jóvenes menores de 21 años que califican. Programa diseñado para asegurarse de que los niños puedan recibir cuidado médico preventivo, y tratamiento médico completo y a tiempo. Los programas estatales del Medicaid deben proveer beneficios bajo el programa EPSDT.

FECHA EFECTIVA:

La fecha cuando el seguro comienza a cubrir por medio de un plan de salud o contrato de seguro.

CUIDADO DE EMERGENCIA:

Es el cuidado que se necesita de inmediato cuando un niño(a) tiene una condición médica, enfermedad, o lesión que es de vida o muerte, o que puede afectar la salud permanente- y seriamente.

ACTA DE SEGURIDAD DE INGRESOS PARA LA JUBILACIÓN DE EMPLEADOS (ERISA):

Ley federal que establece normas uniformes para planes de prestaciones que ofrecen las compañías privadas. Decisiones judiciales han causado que la ley prohíba que los estados experimenten con

alternativas financieras para sus planes de salud, sin antes recibir autorización del Congreso.

CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADOR:

Es la cantidad de dinero que una compañía privada o pública contribuye al plan de salud de un empleado, generalmente mediante una deducción de su salario. La compañía a veces paga una cantidad fija por cada plan que ofrece a sus empleados (“contribución egalitaria de dólares”); a veces paga un porcentaje fijo de las primas para cada plan (“porcentajes iguales”); o tal vez ajuste su contribución de otras maneras.

MIEMBRO INSCRITO:

Persona (consumidor) que recibe cobertura bajo un plan de seguro médico, ya sea pago-por-servicio o cuidado médico administrado.

AREA PARA INSCRIPCIONES:

Es el área geográfica en la que debe residir el miembro del plan para poder calificar y recibir servicio. La mayoría de los HMOs limitan anualmente el tiempo que los miembros pueden vivir fuera de esa área y recibir los beneficios del plan. Los estudiantes son la excepción.

ERISA (Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ACTA DE 1974 DE SEGURIDAD DE INGRESOS PARA LA JUBILACIÓN DE EMPLEADOS):

Administrado por el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, ERISA regula las pensiones y planes de seguro ofrecidos por empleadores para sus empleados.

EVIDENCIA DE COBERTURA:

Documento escrito que el plan de salud le proporciona a la persona inscrita, y que describe detalladamente los servicios que cubren, y las condiciones para cubrirlos. Proporcionar tal documento está requerido por ley, y debe contener las obligaciones que el plan tiene con sus miembros, y las responsabilidades que los miembros inscritos tienen con el plan de salud.

EXCEPCIONES A LA PÓLIZA:

Un plan (público o privado) puede escoger un método diferente de tratamiento médico, generalmente después de haberlo acordado con el paciente, con el coordinador de cuidado médico, y/o con el proveedor principal.

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS:

La declaración escrita de su seguro médico que detalla las acciones tomadas con respecto a reclamos que han sido presentados.

EXCLUSIÓN:

Un tratamiento o servicio que no está cubierto por el seguro médico o póliza.

CLASIFICACIÓN DE EXPERIENCIA:

Práctica de las compañías de seguro de calcular las primas en base al uso de servicios y condiciones de salud de la mayoría de los usuarios. Una compañía con empleados que hacen uso frecuente de los servicios paga más. Esta práctica generalmente discrimina a personas con discapacidades, o que tienen condiciones médicas crónicas.

TRATAMIENTO EXPERIMENTAL:

Tratamiento médico que generalmente no es cubierto por los seguros ni los programas públicos de salud porque su eficacia no está comprobada. Seguros privados o programas públicos pueden rechazar reclamos cuando consideran el tratamiento como experimental. Compañías aseguradoras a veces cuentan con un grupo médico interno para examinar esos casos, consultan con expertos, o una combinación de ambos métodos. Artículos médicos publicados también influyen en la decisión. Hay personas que han logrado que los seguros paguen por esos gastos cuando pueden comprobar que otros seguros los han cubierto, o cuando comprueban que el tratamiento ha sido eficaz en varias formas.

CUIDADO CENTRADO EN LA FAMILIA:

Cuidado médico y sistemas que se basan en las preocupaciones, prioridades y recursos de la familia, reconociendo que la familia es lo único constante en la vida del niño(a), y su mejor defensor. Sociedades de colaboración entre padres y profesionales se logran practicando estos principios.

FEDERALMENTE CALIFICADO:

Una HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud) que cumple con ciertas normas federales establecidas en lo que respecta a su condición financiera, aseguramiento de calidad, servicios para los miembros, contratos con proveedores y marketing puede ser calificada federalmente. Las HMOs que no califican al nivel federal también tienen que cumplir con requisitos y reglamentos federales y estatales que protegen al consumidor y a proveedores médicos, y aseguran la calidad de los servicios ofrecidos.

PAGO-POR-SERVICIO:

Seguro médico tradicional que permite que el consumidor escoja proveedores y servicios, y frecuentemente requieren deducibles y co-pagos. También se conoce como plan de indemnización o compensación.

FIRST-DOLLAR COVERAGE (COBERTURA INSTANTÁNEA):

Una póliza de seguro médico que no requiere deducibles.

FORMULARIO:

Una lista de medicamentos recetados, con las dosis recomendadas, que han sido seleccionadas por un plan de salud, seguro, o grupo de médicos como las mejores en términos de eficacia y costo, de entre las muchas posibles opciones para una condición médica. Medicinas del Formulario pueden ser recomendadas u obligatorias para que ciertos HMOs las cubran (a menos que la condición del paciente requiera una medicina diferente). Estos recetarios o Formularios cambian con frecuencia debido a cambios de costo disponibilidad en el mercado.

GUARDIÁN:

Término que se aplica al proveedor médico de una organización de cuidado administrado que controla el acceso del paciente a especialistas, servicios y equipo.

MEDICINAS GENÉRICAS:

Medicamentos que no tienen marcas conocidas en la etiqueta, pero que contienen los mismos ingredientes. Generalmente son más baratas.

PERÍODO DE GRACIA:

Es un período de tiempo específico que comienza el día en que uno debería haber pagado la prima del seguro, y durante el cual uno todavía puede hacer el pago sin que le nieguen cobertura por cuidado médico. Algunos estados pueden tener leyes requiriendo que los seguros médicos permitan un cierto número de días de “gracia”.

PROCESO PARA QUEJAS:

Es un proceso definido, parte del plan de salud, para consumidores o proveedores que pueden tener problemas o que no están de acuerdo con los servicios ofrecidos, con los cobros, o con los procesos que usa el plan de salud en general.

CONSULTAS DE GRUPO:

La provisión de atención médica por un grupo de médicos que forman una entidad organizada, y

comparten equipo, archivos y personal para ofrecer servicios médicos y para administrar el negocio.

RENOVACIÓN GARANTIZADA:

Un contrato de seguro médico que una compañía aseguradora no puede cancelar, siempre que el asegurado pague las primas requeridas a tiempo. Con estos contratos, las compañías aseguradoras tienen el derecho de aumentar el precio de las primas, pero sólo para grupos enteros de personas que reciben la misma cobertura bajo la misma póliza.

EMISIÓN GARANTIZADA:

Un contrato de seguro médico que la persona recibe sin tener en cuenta de su historial médico anterior. No se le puede negar cobertura a empresas pequeñas (de entre 3 a 50 empleados) por el historial médico de uno o más de sus empleados. También hay planes individuales de Emisión Garantizada, pero el costo del plan y de las primas es mayor.

ADMINISTRACIÓN FINANCIERA DE CUIDADO MÉDICO (HCFA):

Agencia federal que supervisa todos los aspectos de la financiación para Medicare y que también supervisa al Federal Office of Prepaid Health Care Operations and Oversight (Oficina Federal de Operaciones y Supervisión de Cuidado Médico Pre-pagado).

COOPERATIVA DE ADQUISICIÓN DE SEGUROS MÉDICOS (HIPC):

Es un grupo de empresas y personas que hacen de agente intermediario para adquirir seguros médicos, certificar planes para la salud, administrar primas e inscripciones de nuevos miembros, y proveer información sobre la compra de seguro médico al consumidor. Grupos grandes pueden negociar primas bajas y/o más servicios que las compañías pequeñas o personas individualmente. Se conocen también como Grupos de Adquisición de seguro médico, Cooperativas de Adquisición de Planes para la Salud; o Corporaciones para Adquirir Seguro Médico (ver definición para Competencia Administrada).

ORGANIZACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD (HMO):

Es un sistema de cuidado médico organizado, responsable de financiar y proveer cuidado médico al grupo inscrito en su organización.

EXÁMENES MÉDICOS:

Es un método que usan ciertos seguros y planes de salud para determinar si ciertas personas pueden crear costos médicos elevados, ya sea porque ya están enfermos, o porque pueden enfermar en el futuro y

costarles dinero. Exámenes médicos se usan para detectar condiciones médicas pre-existentes, y para determinar si el solicitante corre el riesgo de enfermar a causa de factores como la obesidad, fumar, o haber abusado de las drogas en el pasado.

HEALTHY FAMILIES:

Programa del Estado de California de Seguro para la Salud Infantil, para ofrecerles seguro médico a los niños no asegurados que no califican para el programa Medi-Cal.

SISTEMA DE INFORMACIÓN Y DATOS SOBRE PLANES DE SALUD DE EMPLEADORES (HEDIS):

Es un sistema para determinar la calidad de servicios y resultados de planes de salud, que se basa en ciertos datos. La base de datos, información, y asesoramiento que HEDIS provee es limitada.

GRUPOS DE ASEGURADOS CON ALTO RIESGO:

Son programas estatales que permiten que personas con problemas de salud se unan y adquieran seguro médico en grupo. Y aunque el Estado subvenciona parte del costo, las primas del seguro son altas porque los miembros del grupo son de alto riesgo.

DISPENSACIONES PARA CUIDADO COMUNITARIO O EN EL HOGAR:

El Medicaid autoriza estas dispensaciones para permitirle a los estados que ofrezcan alternativas de cuidado médico a personas que de otra manera tendrían que estar internas en un hospital o en un hogar para enfermos.

SERVICIOS DE HOSPICIO:

Servicios de cuidado médico para enfermos terminales y moribundos, y para sus familias.

DÍA DE HOSPITAL:

Término para describir un período de 24 horas que comienza a las doce del mediodía o de la medianoche, dependiendo de la hora que el hospital prefiere usar para medir un día, durante el cual un paciente recibe atención médica en el hospital.

ICP-9:

Es un sistema numérico para condiciones y procedimientos médicos que se usa para hacer cobros, estudios científicos o con fines estadísticos. Por ejemplo, un diagnóstico específico como labio leporino o paladar hendido tiene su propio código especial.

SEGURO MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN:

Generalmente es un plan de salud de pago-por-servicio, y que reembolsa a médicos y otros proveedores por servicios que les han dado a sus miembros; es un seguro de compensación.

ASOCIACIÓN DE CONSULTA INDIVIDUAL O INDEPENDIENTE (IPA):

Es una asociación de médicos y otros proveedores, incluyendo hospitales, que tienen contrato con un HMO para ofrecer sus servicios a miembros inscritos, pero que generalmente, también ofrecen sus servicios a pacientes que no pertenecen al HMO, y a pacientes de otros HMOs.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADA (IEP):

Según el programa IDEA, el plan de educación escrito para un chico(a) de edad escolar que es el documento para la educación primaria del estudiante y desarrollado por un equipo que incluye a los padres del chico(a).

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIOS PARA FAMILIAS (IFSP):

Según el programa IDEA, es el documento de planificación para niños menores de 3 años, y sus familias.

PLAN DE PROGRAMAS INDIVIDUALES (IPP):

De acuerdo con el acta conocida como Lanterman Act, es un plan para programas desarrollado por el centro regional que tiene esa responsabilidad, por la persona con la discapacidad de desarrollo, y los padres de la persona discapacitada, el guardián legal, o el administrador oficial de la persona.

ACTA DE EDUCACIÓN PARA INDIVIDUOS CON DISCAPACIDADES (IDEA):

Ley federal para estudiantes que necesitan cuidado especial dentro del sistema de educación.

CUIDADO MÉDICO INTERNO:

Cuidado médico que requiere que el paciente esté interno y sea tratado en el hospital. La mayor parte del cuidado médico de un hospital es interno; pacientes pueden recibir cuidado médico "externo" cuando van a la sala de emergencias del hospital o a un centro de cuidado ambulatorio.

CONCEJO DE INTERCOORDINACIÓN DE AGENCIAS (ICC):

Un concejo estatal compuesto de familias y profesionales que promulgan pólizas y regulan Parte H/C, la ley federal de educación infantil especial.

ACTA LANTERMAN:

Es una ley estatal de California que garantiza ciertos derechos a personas con discapacidades de desarrollo mental, incluyendo el derecho a tratamiento y servicios de rehabilitación, cuidado humanitario, atención médica y tratamiento rápido, y protección contra procedimientos dañinos y peligrosos.

TOTAL MÁXIMO POR VIDA:

Es la cantidad máxima que un seguro paga por cuidado médico para una persona mientras vive. Si la persona tiene una condición médica crónica, debería averiguar si hay otras opciones para inscribirse en otro plan de grupo durante el período de inscripciones anuales, mucho antes de la fecha en que va a caducar el seguro actual.

LIMITACIONES:

Son condiciones o circunstancias por las que beneficios no se pueden pagar o son limitados. Es muy importante que lea la cláusula de su póliza o certificado de seguro médico donde se explican las limitaciones, exclusiones, y reducciones a servicios ofrecidos, para poder determinar qué gastos no van a cubrir.

LOCK-IN (USO OBLIGADO):

Es un requisito para miembros de HMOs, u otros planes de cuidado administrado, que deben recibir todos sus servicios médicos del plan y sus médicos, y los servicios deben ser autorizados por el plan y sus médicos, con excepción de emergencias graves, o si los miembros están fuera del área local temporalmente. Es lo opuesto al plan de "punto de servicio", el cual permite que los pacientes reciban servicios médicos sin previa autorización, pero a costos más altos porque no están usando los médicos del plan.

CUIDADO A LARGO PLAZO:

Un flujo continuo de servicios de mantenimiento, custodial, y cuidado médico para personas con enfermedades crónicas, discapacidades, o retraso mental.

CUIDADO ADMINISTRADO:

Es la integración de provisión de cuidado médico y su financiamiento. Incluye acuerdos con proveedores para que ofrezcan cuidado médico a sus miembros, requisitos para seleccionar proveedores de salud, incentivos de peso para que los miembros vayan a los proveedores que tienen en su lista, y programas formales para administrar la cantidad de atención médica que prestan, y la calidad de los servicios que ofrecen.

ORGANIZACIÓN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO (MCO):

Es una organización de la salud, ya sea con o sin fines lucrativos, que financia y provee cuidado médico mediante una red específica de proveedores, y servicios y productos específicos.

COMPETENCIA ADMINISTRADA:

Método para controlar los costos de seguros médicos por medio de la organización de empleadores, individuos, y otros compradores de cuidado médico, en cooperativas grandes que comprarán cobertura médica para sus miembros. Las compañías de seguro y las organizaciones de cuidado administrado compiten para ofrecer servicios al costo más bajo. (Vea la definición de Cooperativas de Adquisición de Seguros Médicos).

BENEFICIOS OBLIGATORIOS:

Son beneficios específicos que los seguros deben ofrecer de acuerdo con leyes estatales. Cada estado tiene sus propias leyes sobre beneficios obligatorios.

INSCRIPCIÓN OBLIGATORIA:

Hay ciertos grupos que tienen como requisito inscribirse en un programa. El programa de cuidado administrado de Medicaid, por ejemplo.

MEDICAID:

Programa federal (Title XIX of the Social Security Act/Título 19 del Acta del Seguro Social) que paga los servicios médicos de ciertos grupos de personas como los pobres, personas mayores, ciegas, discapacitadas, o de personas que están inscritas en ciertos programas, incluyendo el de Dispensaciones de Medicaid. Incluye niños de familias han recibido asistencia. Subvencionado con fondos federales y estatales; la cantidad de fondos varía por estado.

HOGAR MÉDICO:

Un concepto donde el cuidado médico es accesible, centrado en la familia, continuo, completo, coordinado, humanitario, y competente culturalmente. En un "hogar médico", los médicos y los padres comparten la responsabilidad de asegurar el acceso de los niños y sus familias a todos los servicios médicos, y no médicos, que son necesarios para ayudarles a lograr su potencial máximo.

NECESIDAD MÉDICA:

Término legal usado para determinar si alguien califica para beneficios y servicios médicos. Describe servicios consistentes con un diagnóstico, que cumplen con las normas de buenas prácticas médicas, y que no se ofrecen sólo porque son convenientes para el paciente.

SERVICIOS MÉDICOS NECESARIOS:

Es una cláusula en la póliza de seguro médico que dice que la póliza sólo cubre servicios necesarios para mantener un cierto nivel de buena salud. La cláusula también define—a menudo en términos generales—lo que son esos servicios. Uno debe averiguar exactamente qué quiere decir un seguro con este término, para poder presentar una solicitud de la manera más apropiada. El término “servicio médico necesario” se puede interpretar de formas muy diversas.

MEDICARE:

Title XX of the Social Security Act (Título 20 del Acta del Seguro Social), que cubre cuidado médico para las personas mayores, y para adultos con discapacidades.

DÍAS MÉDICOS INNECESARIOS:

Término que se usa para describir los días de estancia en alguna facilidad médica, según determinación del administrador de casos, como excesivos con respecto al diagnóstico y tratamiento de una condición médica, de acuerdo con las normas de buenas prácticas médicas, y las normas impuestas por la comunidad médica en general. Puede ser considerada excesiva la estadía en el hospital porque duró más de lo necesario, se hizo en un lugar más costoso o menos eficaz.

ASOCIACIÓN NACIONAL DE COMISIONADOS DE SEGUROS (NAIC):

Organización de comisionados de seguros estatales que escriben leyes y reglamentos para la industria de seguros.

COMITÉ NACIONAL PARA ASEGURAR SERVICIOS DE CALIDAD (NCQA):

Es una organización independiente, con fines no lucrativos, que revisa y acredita planes de cuidado administrado, incluyendo HMOs. NCQA también es responsable de haber creado el Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) (Sistema de Información y Datos de los Seguros Ofrecidos por Empleadores). HEDIS es un sistema que provee medidas uniformes para crear informes sobre la eficacia de planes de salud que el NCQA revisa.

OMBUDSMAN:

Persona designada por un plan de salud, o por Medicaid, para resolver problemas y responder a preguntas de los consumidores de un modo objetivo.

PERÍODO LIBRE/ABIERTO PARA INSCRIPCIONES:

Es el período durante el cual los empleados se pueden inscribir en un plan de salud sin tener que esperar, ni tener que preocuparse por condiciones pre-existentes.

Muchas compañías ofrecen estos períodos anualmente y cuando uno comienza su trabajo.

OPCIÓN PARA SERVICIOS EXTERNOS:

Es una opción que algunos de los planes de salud administrados ofrecen, como los HMOs que tienen punto-de-servicio, y Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPOs), y que sirve para poder escoger o recibir cuidado médico que su plan de salud cubre, pero de proveedores que no son parte de la lista del plan de salud, y que les cobran más por los servicios.

FUERA DEL ÁREA:

Más allá o fuera del área geográfica que cubre un HMO, u otro plan de cuidado administrado. Cuando los miembros de los HMOs se encuentran dentro del área de servicio de su plan, tienen que tener su cuidado médico autorizado y provisto por los doctores de su HMO para que les cubran esos gastos. Si temporalmente se encuentran fuera del área de servicio, las reglas de los servicios cubiertos cambian.

SERVICIOS EXTERNOS FUERA DEL PLAN:

Servicios proporcionados a pacientes por proveedores que no son miembros del plan al que pertenece el paciente.

GASTOS DE SU PROPIO BOLSILLO:

Son todos los gastos que usted paga, lo cual incluye deducibles, co-pagos, y costos que el plan de salud no cubre.

MEDIDAS DE SERVICIO:

Es un instrumento para medir el impacto del cuidado médico con respecto a mejoras a la calidad y/o longevidad de vida y la funcionalidad del paciente.

BENEFICIOS O COBERTURA A PACIENTES EXTERNOS:

Tratamiento o servicios recibidos en una clínica, o en el consultorio del médico, sin haber sido admitido al hospital. Si usted tiene una condición médica crónica, debe estudiar con cuidado los beneficios para pacientes externos que ofrecen los planes de salud, porque la mayoría de los servicios se los van a dar como si fuera paciente externo.

CENTRO DE FORMACIÓN E INFORMACIÓN PARA PADRES (PTI):

Cada estado tiene su organización administrada por padres que recibe fondos del Departamento de Educación de los Estados Unidos para dar información y formación a familias sobre temas de educación para sus hijos con necesidad de cuidado médico especial.

PARTE C:

Early Start (Programa Comienzo Temprano), es el componente del programa IDEA, que antes se llamaba Parte H. Centros Regionales y departamentos de Educación Especial son los que tienen la responsabilidad de ofrecer servicios de Early Services a niños desde que son bebés hasta que cumplen 3 años que sufren de retrasos en su desarrollo, o corren el riesgo de retrasarse.

PROVEEDORES PARTICIPANTES:

Médicos que firman un contrato con planes de salud administrados de PPOs o HMOs, y que están de acuerdo con aceptar los cobros que el plan permite.

COSTO POR DÍA/PER DIEM:

Costos diarios, costos para el hospital o para alguna otra institución, por un día de cuidado médico.

ORGANIZACIÓN DE MÉDICOS Y HOSPITALES (PHO):

Organización que incluye médicos y hospitales que firman contratos con una o más HMOs, planes de seguro médico, o directamente con las compañías para proveer cuidado médico.

PUNTO-DE-SERVICIO:

Es un término que se refiere a ciertas organizaciones de cuidado médico (HMOs) y organizaciones de proveedores preferidos (PPOs). Miembros de HMOs o PPOs de Punto-de-Servicio pueden ir a otros médicos que no pertenecen a su plan, pero el reembolso de sus gastos será menor del que tendrían si hubieran ido a un médico dentro del plan.

GUÍA PARA LA PRÁCTICA DIARIA O PROTOCOLO:

Descripción de un ciclo de tratamiento o práctica establecida. Las entidades de cuidado médico administrado las crean y distribuyen a sus proveedores médicos para guiar las decisiones sobre tratamientos clínicos. (Vea también, la definición de Normas de Cuidado).

PRE-AUTORIZACIÓN:

Debe conseguir la autorización de su seguro, o de su proveedor médico principal antes de poder recibir

servicios provistos por especialistas, porque si no consigue la autorización el servicio no será reembolsado.

CONDICIONES PRE-EXISTENTES:

Son condiciones físicas o mentales que han sido tratadas, o que normalmente deberían haber recibido tratamiento antes de que usted se inscribiera en el plan de salud o seguro médico. Hay pólizas que no cubren esas condiciones médicas por un tiempo determinado. En algunos casos, condiciones pre-existentes impiden que una persona pueda comprar un seguro médico. Una compañía de seguros puede aumentar el costo de las primas u ofrecer el seguro pero negarse a cubrir cualquier tratamiento relacionado con la condición específica. Algunos estados tienen leyes para limitar las exclusiones por condiciones pre-existentes.

ORGANIZACIÓN DE PROVEEDOR PREFERIDO (PPO):

Una clase de plan de cuidado médico administrado en el cual un grupo de proveedores firman un contrato con una compañía de seguros y aceptan proveer servicios por unas tarifas pre-negociadas. Miembros deben tener un proveedor médico principal que sea miembro del PPO. Miembros reciben incentivos para usar proveedores dentro de la organización, pero pueden usar proveedores fuera del plan pagando más de su propio bolsillo.

PRIMA:

La cantidad pagada a la compañía de seguros por servicios médicos. Esto puede ser pagado semanalmente, mensualmente, trimestralmente o anualmente.

ACTA DE CUIDADO MÉDICO PREPAGADO:

Una ley federal promulgada en 1973 que impone normas para organizaciones de mantenimiento de salud (HMOs) que califican al nivel federal. Algunas de las reglas incluyen ofrecer beneficios mínimos, y procesos formales para quejas.

PLAN DE SALUD PREPAGADO (PHP):

Organización para la salud que recibe pagos capitados previos para ofrecer cierto número de beneficios; por ejemplo, servicios médicos o pruebas de laboratorio.

PLANES PREPAGADOS:

Un plan de salud médico que le cobra una prima fija por la mayoría de los servicios que le ofrecen. Planes prepagados incluyen los HMOs y los PPOs.

CUIDADO PREVENTIVO:

Servicios médicos que tratan de reducir la incidencia de enfermedades, lesiones, u otras condiciones médicas. Esto contrasta con Cuidado Crítico que se ofrece después de que una condición médica se presenta.

CUIDADO PRIMARIO:

Cuidado médico de rutina, normalmente recibido en la oficina del proveedor médico principal.

ADMINISTRACIÓN DE CASOS DE CUIDADO PRIMARIO:

Es un sistema que paga una cantidad mensual a los proveedores médicos para que coordinen los servicios médicos que prestan. Lo usa generalmente el Medicaid.

AUTORIZACIÓN PREVIA:

La autorización que necesita el paciente de su médico principal o de su plan de salud, antes de poder recibir cuidado médico.

ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN PROFESIONAL (PRO):

Es una organización que determina si el cuidado y los servicios provistos son necesarios desde el punto de vista médico, y si cumplen con las normas profesionales establecidas por Medicare and Medicaid.

CLÁUSULA PARA ENFERMEDADES LARGAS o EXTENSIÓN DE BENEFICIOS:

Una opción que ofrecen los seguros, por la cual reembolsan el 100 por ciento, en vez de reembolsos parciales, por todos los servicios relacionados a una condición médica. Con esta opción tal vez pueda extender el límite máximo por vida.

REVISIÓN PROSPECTIVA:

El proceso por medio del cual un plan de salud revisa o estudia una posible admisión al hospital antes de la fecha de internar al paciente, para evaluar si la admisión es necesaria desde el punto de vista médico. Es uno de los componentes de la administración del uso de servicios recibidos por los pacientes.

PROVEEDOR:

Es un hospital, facilidad de enfermería especializada, facilidad quirúrgica para pacientes externos, médico, practicante médico, o cualquier otro individuo u organización que tiene licencia para proveer servicios médicos o quirúrgicos, terapia, tratamiento, y alojamiento.

CALIDAD ASEGURADA:

Es un término que describe los esfuerzos que hacen las organizaciones de salud para medir y evaluar la calidad de servicios que proveen.

CALIDAD ADMINISTRADA:

Un conjunto de actividades formales para asegurar la calidad de servicios provistos. Administración de calidad incluye asesoramientos y acciones correctivas que deben tomarse para remediar cualquier deficiencia que el proceso de asesoramiento indique.

RACIONAMIENTO:

La distribución de cuidado médico por costo o por disponibilidad de servicios.

REFERENCIAS:

Es un proceso formal por el cual un paciente tiene la autorización para recibir atención médica de un especialista, terapeuta, u hospital. La mayoría de organizaciones de cuidado administrado (MCOs) requieren una referencia del médico del paciente para poder cubrir los gastos de servicios especializados.

MÉDICO REFERIDO:

Es un médico que recibe a un paciente por medio de una referencia para que le examine, le haga cirugía, o procedimientos específicos que el paciente necesita, generalmente porque el doctor que lo refirió no está preparado, o no está calificado para ofrecer esos servicios.

REINSURANCE (SEGURO PARA EL PLAN):

Es un tipo de seguro adquirido por un plan de salud para protegerse de costos médicos extremadamente altos, ya sea para grupos específicos o individuos.

RENOVACIÓN:

Es una cláusula del plan de seguros que describe cómo se puede renegociar el contrato cuando acaba el período. Cuando uno ha garantizado la renovación de la póliza, eso le sirve de protección para continuar recibiendo los beneficios cubiertos, aunque los seguros aun pueden aumentar el costo de las primas.

TARJETA DE INFORME:

Es un informe que se publica para los consumidores, y que les informa de los costos de un plan, la calidad de servicios del plan y sus proveedores. Estas tarjetas de informe generalmente evalúan los servicios que un plan provee, resultados que los pacientes muestran, satisfacción del paciente con los servicios recibidos, y la estructura de costos.

RIDER (CLÁUSULA ADICIONAL):

Es un documento legal que se añade al plan de seguro, y que restringe o aumenta la cobertura del seguro. Hay estados que tienen regulaciones para estas cláusulas.

RIESGO:

Es un término de las compañías de seguros relacionado con la responsabilidad financiera de cuidado médico. Un individuo de “alto riesgo”, es alguien que puede tener o padecer más adelante una enfermedad grave, debido a su historial médico, su historial familiar, o su conducta con respecto al cuidado de su salud, como por ejemplo, fumar o abusar del alcohol. La expresión “con riesgo”, o “riesgo potencial”, quiere decir que hay responsabilidad por el costo de darle cuidado médico a un grupo de personas. Por ejemplo, si un HMO le paga a un hospital una suma fija por cada uno de sus miembros que va a recibir servicios, el hospital se está poniendo en una situación “de riesgo potencial” por cada miembro que atiende. “Ajustes al Riesgo” es un pago extra que la compañía de seguros médicos le paga a un proveedor médico, o a un grupo médico, si sus miembros enferman con más frecuencia que la media, y si el costo del cuidado médico que se les provee es más alto que lo que se considera normal.

GRUPOS DE RIESGO:

Acuerdos estatales para proveer seguro médico a personas que no están sanas ni aseguradas, que han sido rechazados por compañías de seguro.

RIESGOS COMPARTIDOS:

Casos en los que la entidad de cuidado administrado, o proveedor médico, asume la responsabilidad de dar servicios a un grupo específico, pero que se ha protegido de gastos extremadamente altos inesperados, mediante un acuerdo previo. La Organización de Cuidado Administrado (MCO) o proveedor puede recibir pagos más altos por el cuidado de aquellos individuos que necesitan servicios más caros. Generalmente, Medicaid y un MCO se ponen de acuerdo por medio de una fórmula para compartir cualquier pérdida que resulte cuando los costos médicos son mayores que los pagos recibidos.

SCHIP:

State Children's Health Insurance Program (Programa de Seguro de Salud Infantil del Estado) es una ley que fue aprobada recientemente por el Congreso, y que provee fondos para dar seguro médico a los 10 millones de niños de los Estados Unidos que no tienen seguro médico. SCHIP manda millones de

dólares a los estados, y lo continuará haciendo por los próximos 10 años, para que los estados diseñen y planeen sus propios programas. También se le conoce con el nombre de Título 21. [El Programa SCHIP de California se llama "Healthy Families".]

REVISIÓN DE SEGUNDA OPINIÓN:

Técnica de cuidado administrado mediante la cual un segundo médico es consultado con respecto a un diagnóstico o tratamiento.

CUIDADO SECUNDARIO:

Nivel de cuidado médico, entre el nivel de cuidado primario, y el terciario, que generalmente lo proveen los especialistas médicos, y que normalmente requiere una referencia del médico principal del miembro de una HMO.

AUTO-ASEGURADO:

Es un arreglo por medio del cual las compañías producen su propio plan para ofrecer servicios médicos a sus empleados, a buen precio. Los beneficios que se pueden ofrecer y el costo de servicios los determina la compañía. Esta clase de planes pueden ser administrados por una compañía de seguros, o por un corredor de seguros.

AUTO-REFERENCIA:

La habilidad que tiene el paciente de referirse a un especialista, bajo ciertas circunstancias, sin haber sido referido formalmente o sin previa autorización de su Organización de Cuidado Administrado (MCO) o proveedor médico principal.

ÁREA DE SERVICIO:

Es el área geográfica dentro de la cual el HMO u otro plan de cuidado administrado, provee y hace arreglos para ofrecer servicios médicos para sus miembros. El área cubierta es, a veces, la misma que el plan considera es el área de inscripciones, aunque no siempre es así.

LÍMITES DE SERVICIO:

El número de veces que se puede usar un servicio médico, y el periodo de tiempo específico que se puede usar un servicio.

SISTEMA DE PAGADOR ÚNICO:

Es una forma de financiar el sistema de cuidado médico, mediante la cual se colecta el dinero de varios impuestos y se entrega a una sola entidad del gobierno, que se encarga de pagar los costos médicos de sus miembros. Inglaterra y Canadá tienen el sistema de pagador único.

ACCESO ÚNICO:

Una persona sólo puede obtener acceso a servicios médicos por medio de su proveedor médico principal, quien decide qué servicios son necesarios. (Vea la definición de “Guardián”).

FACILIDAD MÉDICA DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS (SNF):

Una institución que ofrece servicios de enfermería especializados, y servicios similares, a los residentes; una casa de reposo.

MEDICINA SOCIALIZADA:

Sistema de salud que provee cuidado médico y financiación, en el cual los médicos trabajan para el gobierno y reciben un salario por sus servicios profesionales.

OPCIÓN ÚNICA:

Una compañía escoge un sólo plan de salud, o un sólo seguro para cubrir a todos sus empleados. Si la opción única es un HMO, generalmente ofrece las alternativas de un plan "lock-in" donde sólo se va con los doctores y hospitales de su lista, y el plan de “punto-de-servicio” que permite que sus miembros vayan a otros doctores, pero pagando más de su propio bolsillo por los servicios médicos que reciben.

SPEND-DOWN (GASTO TOTAL):

Es el proceso de gastar todos los ingresos y pertenencias en cuidado médico, y de esa manera poder calificar para el Medicaid.

MODELO DE HMO CON PERSONAL:

Es una HMO que emplea directamente a médicos y otros proveedores que ofrecen servicios médicos, y les pagan a base de salario.

NORMAS DE CUIDADO:

Son guías por escrito de prácticas que se basan en diagnósticos médicos que los médicos y las organizaciones de cuidado administrado pueden emplear para ayudar con las decisiones sobre tratamiento y servicios. (Ver también “Guía para la práctica diaria o protocolo”).

REGLAMENTOS ESTATALES PARA SEGUROS:

Leyes y reglamentos que rigen a las compañías de seguros que operan en cada estado. También hay un proceso estatal para quejas y reclamos, y apelaciones. La Comisión Estatal de Seguros y departamentos asociados, o divisiones, proveen información y asistencia. El teléfono de Información para el Consumidor y Línea de Asistencia es 1-800-027-4357]

STOP-LOSS (COMPENSACIÓN):

Una cláusula que limita la responsabilidad civil a una cantidad específica con respecto a los gastos médicos cubiertos por la póliza. Cuando los gastos llegan a esa cantidad, la compañía de seguros paga por todos los servicios médicos cubiertos por el resto del año, incluyendo deducibles y co-pagos.

INGRESO SUPLEMENTARIO DEL SEGURO SOCIAL (SSI):

Asistencia monetaria mensual para personas, incluyendo niños, que tienen pocos ingresos, y que califican bajo ciertos requisitos de edad o discapacidad. En la mayoría de los estados, el SSI también incluye acceso a los beneficios del Medicaid.

SERVICIOS Y ASISTENCIA SUPLEMENTARIA:

Bajo IDEA, son los servicios de desarrollo mental, correctivos o de apoyo requeridos para asistir a niños con discapacidades para poder beneficiarse de educación especial. Incluye transporte, patología del habla y del lenguaje, audiología, servicios psicológicos, terapia física y ocupacional, recreación, servicios de trabajo social, consejería, orientación y movilidad, servicios médicos con el propósito de diagnosticar y evaluar.

ADMINISTRACIÓN DE CASOS ESPECÍFICOS:

Es un término empleado por el Medicaid para servicios de casos administrados cubiertos bajo el Título 9 del Acta del Seguro Social (desde noviembre de 1995). La ley federal define Administración de Casos Específicos como servicios que asisten a personas que califican bajo el plan estatal del Medicaid, para que puedan tener acceso a servicios médicos, sociales, educativos, y otros servicios.

ACTA DE EQUIDAD DE IMPUESTOS Y RESPONSABILIDAD FISCAL de 1988 (TEFRA):

Programa federal que permite que los niños que necesitan cuidado médico extenso reciban asistencia médica, aunque la familia reciba ingresos anuales mayores que los que se permiten bajo las reglas habituales de asistencia médica.

CUIDADO TERCARIO:

El nivel superior de cuidado y servicios médicos, generalmente provisto en hospitales por “subespecialistas” muy bien entrenados, que usan la tecnología médica más avanzada.

PAGOS DE TERCEROS:

El pago por cuidado médico por alguien que no sea el beneficiario.

TITLE V/CSHCN:

La agencia estatal que usa fondos federales y estatales para ofrecer servicios, programas y sistemas de cuidado para Children with Special Health Care Needs/CHSCN (Niños que Necesitan Cuidado Médico Especial). La versión federal es Division for Children with Special Health Care Needs/DCSHCN (División para Niños que Necesitan Cuidado Médico Especial), que se encuentra en Maternal and Child Health Bureau/MCHB (la oficina de Salud Materno-Infantil).

CUIDADO SIN COMPENSACIÓN:

Cuidado médico provisto por médicos y hospitales, y para el cual no hay ni reembolso ni pago; también se le llama cuidado de caridad.

UNDERWRITING (ASEGURARSE CONTRA RIESGOS):

Práctica de compañías de seguros para asesorar los riesgos y costos que hay por causa de ciertas enfermedades, y establecer el costo de las primas basado en esos asesoramientos. Parecido a “Clasificación de Experiencia”.

CUIDADO URGENTE:

Ocurre cuando un paciente tiene una enfermedad que no es grave, pero que requiere atención médica inmediata.

USUAL, RAZONABLE Y DE RUTINA (UCR):

Es un sistema de controlar las cuotas que cobran los médicos y tiene como base los factores siguientes: (1) lo que cobra el médico habitualmente por un procedimiento médico; (2) lo que otros médicos del área cobran por el mismo servicio; y (3) el costo razonable de servicios para un paciente después de haber estudiado el caso. Si los cobros son más altos de lo que el seguro considera normal, el seguro no paga toda la cantidad, y el balance que se debe es la responsabilidad del paciente que recibió el servicio.

UTILIZACIÓN:

Es el total de servicios médicos que ciertos grupos de la población reciben, generalmente durante cierto

período de tiempo, o como un promedio relacionado al número de personas de la población. Por ejemplo, un HMO puede tener una tasa de utilización de 5 visitas médicas por cada miembro por año. El uso o utilización de hospitales se reporta como los días que los pacientes estuvieron internados en el hospital, como promedio, por cada 1,000 miembros del grupo que se está analizando (días/1000). Para reducir los costos, los planes de salud y los seguros tratan de reducir el uso innecesario o inapropiado de servicios, por medio de “administración de uso”, o “revisión de uso” de servicios.

REVISIÓN DE USO:

Es un proceso que verifica la provisión de cuidado médico crítico para pacientes internos y externos, en un lugar apropiado, y en donde los costos son razonables y efectivos.

PERÍODOS DE ESPERA:

Es el tiempo que hay que esperar hasta que el seguro cubra ciertos servicios médicos. El período de tiempo varía, pueden ser meses, o a veces, años de espera.

DISPENSACIONES:

Son el resultado de un proceso que permite a las agencias estatales de Medicaid solicitar y recibir permiso del HCFA para proveer servicios que generalmente no son cubiertos por el Medicaid, y/o hacerlo en una manera que el Acta del Seguro Social no describe. La mayoría de programas de cuidado administrado del Medicaid requieren estas dispensaciones. Las dispensaciones, que varían enormemente, también se conocen por sus nombres (como 1115, 1119); o como “basadas en el hogar” o “basadas en la comunidad”; o se les llama también dispensaciones de Katie Beckett.

WRAP-AROUND (SEGURO DE ENVOLTURA):

Es un seguro suplementario diseñado para pagar por beneficios adicionales que no están cubiertos por otro plan de seguro. Pólizas de “wrap-around” (“envoltura”) pueden ofrecerles beneficios más completos a las personas que necesitan cuidado médico extenso.

REFERENCIAS

- 1996-97 *San Francisco Social Service Referral Directory (SSRD)*, The Helpline, San Francisco, CA, 50 California Street, Suite 200, San Francisco, CA 94111
- Adelmann, Becky; Bridge, Lauren; Krahn, Gloria, *PASSPORT: For Children with Special Health Care Needs*, November 1997, University Affiliated Program. Child Development & Rehabilitation Center, Oregon Health Sciences University, P.O. Box 574 Portland, OR 97207
- Sproeger, Steve, California Children Services; *Draft: Parent Handbook*, 1997, Children's Medical Services Branch, Sacramento, CA 95814
- California Department of Developmental Services. *Starting Out Together: An Early Intervention Guide for Families*. 1997, California Department of Developmental Services, Prevention and Children Services Branch. 1600 9th Street, Room 310, PO Box 944202, Sacramento, CA 94244
- Children Now. *Summary of New Legislation to Expand Children's Health Insurance Coverage*. Children Now website: <http://www.childrennow.org/health/healthlegis.html>
- Children's Health Access and Medi-Cal Program (CHAMP), *Health Care Program Comparison Chart*, 198, Maternal and Child Health Access 1010 S. Flower Street, #404, Los Angeles, CA 90015
- Family Resource Network of Alameda County, *Family Notebook*, FRN of Alameda County, 5232 Claremont Avenue, Oakland, CA 94618
- Family Voices, Fact Sheets: *Waivers: The Katie Beckett Waivers and the 1115 Waivers, The SSI Children's Disability Programs Children with Special Health Care Needs and Title V Programs*. Family Voices, PO Box 769, Algodones, New Mexico 87001
- Henderson, Kelly. *ERIC Digest #E537 Overview of ADA, IDEA and Section 504*. June 1995. The ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education, The Council for Exceptional Children, 1920 Association Drive, Reston VA 22091
- Medi-Cal Community Assistance Project. *Fact Sheet: The Medi-Cal Two-Plan Model*, Medi-Cal Community Assistance Project, 942 Market Street, Suite 402, San Francisco. CA 94102
- National Information Center for Children and Youth with Disabilities (NICHCY) *Briefing Paper: Paying the Medical Bills*. Revised August 1996, NICHCY, P.O. Box 1492, Washington, DC 20013
- Parent Educational Advocacy Training Center and ARC of Virginia, *Taking Charge: A Parent's Guide to Health Care for Children with Special Needs*, PEATC, 10340 Democracy Lane, Suite 206, Fairfax, Virginia, 22030, 1993
- Protection and Advocacy, Inc. *Rights Under the Lanterman Act: Service Rights and Entitlement Programs Affecting Californians with Disabilities*, Protection and Advocacy, Inc, 100 Howe Avenue, Suite 185-N, Sacramento, CA 95825
- Protection and Advocacy, Inc. *Medical Service Rights and Entitlement Programs Affecting Californians with Disabilities*, Revised April 1996, Protection and Advocacy, Inc. 100 Howe Avenue, Suite 185-N, Sacramento, CA 95825
- Rosenfeld, Lynn Robinson, *Your Child and Health Care: A "Dollars and Sense" Guide for Families with Special Needs*, Brookes Publishing Company, Maryland, 1994
- Subcommittee on Managed Care Initiative of Children's Special Health Care Services Advisory Committee, *Managed Care for Children with Special Health Care Needs: Physician Case Management Model*
- Wells, Eleanora; Cole, Molly; Gresek, Cheryl, Mitchell, Maureen, Ohison, Terry; Wachtenheim, Marion. *Paying the Bills: Tips for Families on Financing Health Care for Children with Special Needs*, 1992, New England SERVE, 101 Tremont Street, Suite 812, Boston. MA 02108

¿LE HA SERVIDO DE AYUDA ESTE MANUAL?

Su opinión es importante para otras familias y para nosotros. Ayúdenos a mejorar nuestro material informativo completando este cuestionario y mandándolo por correo. ¡Muchas gracias!

¿Dónde recibió este manual?

Este manual me ha ayudado a –

- Obtener nuevos servicios para mi hijo(a)
- Sentirme más cómodo(a) hablando con el proveedor médico de mi niño(a)
- Entender mejor a las agencias que forman parte del cuidado de mi niño(a)
- Ser parte más activa en el cuidado de mi hijo(a)
- Ayudar a otros padres con el cuidado de sus hijos(as)

Mi hijo(a) tiene _____ años, y el cuidado especial que necesita es:

Opcional:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono durante el día: _____

-
- Por favor, añadan mi nombre a la lista de correo del Family Voices de mi área.
 - Me gustaría ser un padre-mentor o voluntario(a).
-

Por favor, mande esta encuesta a:

Family Voices
c/o Support for Families of Children with Disabilities
2601 Mission Street, Suite 606
San Francisco, CA 94110
Teléfono: 415-282-7494 + Fax: 415-282-1226