

Hágalo realidad



**CÓMO SOLICITAR COBERTURA DE UN PLAN
DE SALUD PARA TERAPIA DEL HABLA,
TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL
PARA UN HIJO**

El Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care) de California requiere que su plan de salud le proporcione terapia del habla, terapia física y ocupacional para su hijo si es médicamente necesaria. Su plan de salud tiene prohibido excluir de estas terapias a niños con retraso en el desarrollo o con diagnósticos específicos.

Este documento ofrece orientación a los padres que deseen solicitar cobertura en virtud de su plan de salud para recibir terapia del habla, física u ocupacional para su hijo o hija. La información se aplica a los planes de salud que están reglamentados por el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC). Estos incluyen a todas las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO) en California, y a dos de los planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) ofrecidos por Anthem Blue Cross of California y Blue Shield of California.

¿QUÉ TERAPIAS CUBRE MI PLAN DE SALUD?

Usted puede averiguar cuáles beneficios tienen cobertura o están excluidos de su plan de salud en un documento llamado Evidencia de Cobertura, o EOC (por sus siglas en inglés). Anualmente, usted debe recibir una EOC de su empleador o directamente de su plan de salud. Si aún no ha recibido una copia, solicítela. Estos documentos también pueden estar disponibles en el sitio Web de su plan de salud.

En general, los planes de salud deben cubrir los *servicios básicos de cuidado de salud que sean médicamente necesarios*. Dado que las terapias del lenguaje, ocupacionales y las físicas son servicios básicos de cuidado de salud, deben

estar cubiertas por su plan de salud si son médicamente necesarias para su hijo.

Hasta ahora, muchos planes de salud de California han especificado que estas terapias tienen cobertura únicamente para fines de *rehabilitación*. Normalmente, esto significa que si un miembro del plan de salud sufre un evento como un accidente cerebrovascular o un traumatismo craneano, estas terapias pueden ser proporcionadas para devolver a la persona a su nivel anterior de funcionamiento, es decir, para su rehabilitación. Para un niño con retraso en el desarrollo, el objetivo de estas terapias generalmente no es para rehabilitación ya que se destinan para ayudar al niño a desarrollar nuevas habilidades.

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) que reglamenta a la mayoría de planes de salud de California ha decidido que los planes de salud ya no podrán excluir categóricamente las terapias de lenguaje, las terapias ocupacionales ni las terapias físicas para los niños, ni podrán fijar límites arbitrarios al número de sesiones, ya que dichos servicios califican como servicios básicos de atención de salud. El DMHC ha ordenado cambios en los documentos de Evidencia de Cobertura (EOC) de los planes de salud para que quede claro que estas terapias están disponibles para los niños *cuando sea médicamente necesario*.

¿QUÉ SIGNIFICA ESTO PARA MÍ Y PARA MI HIJO?

Si usted considera que su hijo necesita terapia del habla, ocupacional o física debe solicitar una evaluación para dicha terapia de su plan de salud. El plan de salud tiene la obligación de realizar una evaluación. Si la evaluación determina que su hijo necesita terapia, su plan de salud deberá proporcionarla. Sin embargo, una vez que los servicios han comenzado, el plan de salud

puede evaluar periódicamente el avance del niño durante la terapia para determinar si se justifica su continuación, en otras palabras, determinar si los servicios siguen siendo médicamente necesarios. (Los planes de salud se refieren a esto como proceso de “revisión de la utilización”).

¿QUÉ DEBO HACER SI MI PLAN DE SALUD ME NIEGA MI SOLICITUD?

Si usted solicita terapia del habla, ocupacional o física para su hijo y el plan de salud se niega a proporcionarla, le sugerimos apelar dicha decisión ante su plan de salud. La información sobre cómo apelar se incluirá en la carta que usted reciba y en la cual se le informa acerca de la decisión del plan de salud de no cubrir la terapia.

En general, el plan de salud debe responder a su apelación en un plazo no mayor de 30 días. Si le niegan su apelación o si usted no ha recibido una respuesta a la apelación en un lapso de 30 días, puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) del Departamento de Atención Médica Administrada. La información sobre la IMR y sobre cómo obtener ayuda está disponible en www.healthhelp.ca.gov o llamando al 1-888-466-2219. La carta en la que se le informe sobre la negación de su apelación deberá incluir también información acerca del proceso IMR.

El Departamento de Atención Médica Administrada reglamenta a todos los planes HMO y a dos planes PPO ofrecidos por Anthem Blue Cross of California y Blue Shield of California. Si su plan de salud se clasifica como un “punto de servicio (POS)”, una “organización de proveedor exclusivo (EPO)”, o una “Organización de Proveedores Preferidos (PPO), que no pertenece a Blue Cross of California o a Blue Shield of California, no

estará reglamentado por el DMHC. Estos planes ofrecen también un proceso de revisión médica independiente, pero esto se realiza a través del Departamento de Seguros de California. Puede llamar al 800-927-4357 o visitar su sitio Web, www.insurance.ca.gov.

Algunas empresas recurren al “autoseguro” para proporcionar cobertura médica a sus empleados. (Su departamento de recursos humanos puede decirle si su empleador está autoasegurado). Estos planes están reglamentados en virtud de la ley federal (llamada ERISA), pero sus normativas que rigen las apelaciones son similares a las descritas anteriormente. Sin embargo, no cuentan con un proceso de revisión médica independiente. En vez de ello, después de una apelación sin éxito, el empleado puede enviar toda la información a:

Employee Benefits Security Administration
Los Angeles Regional Office
1055 East Colorado Blvd., Suite 200
Pasadena, CA 91106-2357
Tel. 626.229.1000
Fax 626.229.1098

Esta oficina revisará la decisión para verificar si se infringe alguna de las disposiciones del plan de beneficios.

Puede encontrar información adicional acerca de cómo realizar gestiones con su plan de salud en la Guía del Centro Regional Harbor, *Cómo obtener cobertura de seguro de salud de terceros para servicios para el autismo: Una Guía para los padres (Obtaining Third Party Health Insurance Coverage for Autism Services: A Parent's Guide)*. Este documento está disponible en el Centro de Recursos del HRC y en el sitio Web de la HRC, www.harborrc.org, bajo el título Publications (Publicaciones).

Resumen

Si usted considera que su niño necesita una de estas terapias debe:

- Solicitar a su plan de salud la prestación del servicio para su hijo. Si se le dice que los servicios no son médicamente necesarios, solicite una evaluación para su hijo.
- Si el plan de salud le niega su solicitud para una evaluación o la solicitud de servicio, le sugerimos apelar la decisión. La carta mediante la cual se le informe sobre la negación, deberá incluir la información sobre cómo apelar.
- Si el plan de salud le niega su apelación o si usted no ha recibido una respuesta a la

apelación en un lapso de 30 días, puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) del Departamento de Atención Médica Administrada. La información sobre el proceso de IMR se incluirá en la carta de negación. También puede obtener información acerca del proceso en www.healthhelp.ca.gov o llamando al 888-466-2219.

- Si el plan de salud autoriza una de estas terapias para el niño, ellos pueden hacer una evaluación periódica de su progreso para ver si el tratamiento continúa siendo médicamente necesario.



HARBOR DEVELOPMENTAL DISABILITIES FOUNDATION, INC.

21231 Hawthorne Boulevard, Torrance, CA 90503 • (310) 540-1711 • www.harborrc.org

octubre 2013