



GUÍA DE COMPRA DEL SERVICIO

04/OCT/2018	SERVICIOS DE SALUD <u>INTERVENCIÓN TEMPRANA (0-3)</u>	FINAL
-------------	--	-------

I. DEFINICIÓN

Los servicios de salud se refieren a los servicios necesarios para que un niño pueda beneficiarse de los otros servicios de intervención temprana que se proveen según esta parte durante el tiempo en que el menor reúna los requisitos para recibir servicios de intervención temprana. 34 C.F.R § 303.16(a).

El término incluye:

1. servicios tales como cateterización intermitente limpia, cuidado de la traqueotomía, alimentación por sonda, el cambio de vendajes o de bolsas recolectoras de colostomía, y otros [servicios de salud](#), y
2. consulta de médicos a otros proveedores de servicios en relación con necesidades de atención médica especial de bebés y niños pequeños con discapacidades que deban abordarse en el curso de la provisión de otros servicios de intervención temprana.

El término no incluye:

1. servicios que sean:
 - (i) de naturaleza quirúrgica (como cirugía de paladar hendido, cirugía de deformación congénita de pie o derivación de hidrocefalia);
 - (ii) de naturaleza estrictamente médica (como hospitalizaciones para el manejo de enfermedades cardíacas congénitas o la prescripción de medicinas o fármacos para cualquier propósito), o
 - (iii) relacionados con la implementación, optimización (**p. ej.**, mapeo), mantenimiento o reemplazo de un dispositivo médico que esté implantado quirúrgicamente, incluso un implante coclear.

(A) Nada de lo mencionado en esta parte limita el derecho de un [bebé o niño pequeño con una discapacidad](#) que tenga un dispositivo implantado quirúrgicamente a recibir los servicios de intervención temprana que están identificados en el IFSP del [menor](#) como necesarios para alcanzar los resultados del desarrollo del [menor](#).

(B) Nada de lo mencionado en esta parte impide que el proveedor de EIS verifique de forma rutinaria que la prótesis auditiva o los componentes externos de un dispositivo implantado quirúrgicamente (**p. ej.**, implante coclear) de un [bebé o niño pequeño con una discapacidad](#) esté funcionando adecuadamente;

(2) dispositivos (como monitores cardíacos, respiradores y oxígeno, y sondas y bombas de alimentación gastrointestinal) necesarios para controlar o tratar una afección médica; y

(3) servicios médicos-de salud (como vacunaciones y revisión pediátrica regular) que se recomiendan realizarse de forma rutinaria a todos los niños, 34C.F.R. & 303.16

(b)(1)(2)(c)(1)(2)(3).

II. CRITERIOS

El equipo del IFSP para bebés y niños pequeños que reúnen los requisitos para recibir servicios del centro regional (RC) puede determinar, al explorar el uso de servicios y apoyos genéricos, que un servicio médico identificado en el IFSP no está disponible a través de la póliza del seguro médico particular o del plan de servicio de atención médica de la familia y que ELARC financiará el servicio para garantizar el cumplimiento de los requisitos de provisión puntual de servicios contenidos en el Código de Regulaciones Federales (*Code of Federal Regulations*), Título 34, Parte 303 (que comienza con la Sección 303.1).

Si el equipo de planificación determinara que un servicio de salud en el IFSP es necesario, entonces también podría considerar el financiamiento del copago, el coaseguro o el deducible asociado con el plan de atención médica particular o genérico que acepte la responsabilidad de la cobertura del servicio y que sea responsabilidad del padre, tutor o cuidador, si se satisfacen todas las siguientes condiciones: (1) El consumidor tiene cobertura del plan de servicios de atención médica o de la póliza del seguro médico de su padre, tutor o cuidador. (2) La familia tiene un ingreso bruto anual (*Annual Gross Income*, AGI) que no excede el 400 por ciento del índice federal de pobreza (*Federal Poverty Level*, FPL). La Lista del Programa de Participación de la Familia en los Costos de Servicios (*Family Cost Participation Program*, FCPP) se usará para determinar que el AGI no exceda el 400% del FPL para el caso de la familia. (3) No hay ningún tercero que sea responsable del costo del servicio.

ELARC puede hacer una excepción para financiar copagos, coaseguro o deducibles de un consumidor cuyo ingreso familiar exceda el 400 por ciento del índice federal de pobreza, cuando el servicio sea necesario para mantener de forma satisfactoria al niño en casa o al consumidor adulto en el ambiente menos restrictivo y los padres puedan demostrar uno o más de lo siguiente: (1) La existencia de un evento extraordinario que afecte la habilidad del padre, tutor o cuidador de satisfacer las necesidades de cuidado y supervisión del niño o afecte la habilidad del padre, tutor o cuidador con un plan de servicios de atención médica o póliza de seguro médico para pagar el copago, el coaseguro o el deducible. (2) La existencia de una pérdida catastrófica que limite temporalmente la habilidad de pagar. (3) Costos médicos significativos no reembolsados asociados con el cuidado del consumidor o de otro niño que también sea consumidor del centro regional.

Cualquier información de dificultad financiera que presente un padre deberá compartirse de inmediato con el gerente/supervisor para que se pueda hacer una revisión excepcional.

De acuerdo con el Código de Previsión Social (WIC), §4648(a)(16), y en efecto desde el 01/JUL/2009, ELARC no debe comprar tratamientos experimentales, servicios terapéuticos o dispositivos cuya eficacia o seguridad no se hayan determinado clínica o científicamente y cuyos riesgos y complicaciones se desconozcan.

III. CANTIDAD DE SERVICIO

- A. Para un solicitante en proceso de evaluación (Estatus 0), se puede considerar la compra de servicios de diagnóstico médico si se determina que los análisis y las evaluaciones son necesarios para determinar la elegibilidad.
- B. Los servicios de salud se refieren a los servicios necesarios para que un niño elegible pueda beneficiarse de los otros servicios de intervención temprana que se prestan según esta parte durante el tiempo en que el menor reúna los requisitos para recibir servicios de intervención temprana. 34 C.F.R § 303.16(a).

IV. OTRAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Los programas de solvencia (*Ability to Pay*) de los centros médicos y clínicas del condado; Medi-Cal, Medicare, las HMO, CCS y EPSDT; planes de atención médica particulares, seguro particular, CHAMPUS, Administración de Beneficios de Veteranos (*Veteran's Administration Benefits*), etc.

Existe la posibilidad de que un estado no use los beneficios públicos o el seguro de un niño o padre para pagar servicios de la parte C, a menos de que el estado dé notificación por escrito, de acuerdo con la §303.520(a)(3), a los padres del niño, y el estado satisfaga las protecciones sin costo identificadas en el párrafo (a) (2) de esta sección. (2) Respecto de usar los beneficios públicos o el seguro de un niño o padre para pagar servicios de la parte C, el estado: (i) puede no exigirle a un padre que se anote o se inscriba en programas de beneficio público o seguro como una condición para recibir servicios de la parte C y debe obtener su consentimiento antes de usar los beneficios públicos o el seguro de un niño o padre si ese niño o padre todavía no está inscrito en dicho programa [34 C.F.R.303.520 (a)(1)(2)].

V. PROCESO DE COMPRA DEL SERVICIO

- A. Después de analizar una solicitud de servicio con el consumidor o representante legalmente autorizado como parte del proceso del equipo de planificación, el coordinador de servicios llena un formulario R1-11 lo más detallado posible, lo firma, obtiene la firma de su supervisor y lo entrega con el historial al secretario de Servicios Especiales (*Special Services*). La documentación de los proveedores de servicios de salud del consumidor debe estar al día en un período de 6 meses, y se deben proveer denegaciones/documentación por escrito donde se pruebe que se han agotado todos los demás recursos de pago. Todas las solicitudes se deben entregar al secretario de Servicios Especiales por lo menos cuatro semanas antes de la fecha esperada del servicio, acordada por el equipo de planificación, ya que no se considerarán solicitudes de financiamiento retroactivo para la compra del servicio.

- B. El especialista clínico adecuado revisará la solicitud para que dé sus aportes o recomendaciones sobre si la solicitud de servicio está clínicamente recomendada y la documentación presentada es adecuada para respaldar esta solicitud. Si así fuera, el especialista clínico adecuado firmará el formulario R1-11 y se le devolverá al coordinador de servicios mediante el secretario de Servicios Especiales para que el asistente de la oficina de la unidad respectiva programe citas y lo procese. El pago será a la tarifa de SMA o de la agencia proveedora de servicios.

Si el especialista clínico adecuado tiene preocupaciones y recomienda modificaciones a la solicitud, estas se reflejarán en un Formulario de Revisión de Registros / Circular / Nota de I.D. (*I.D. Note/Memo/Record Review Form*), que se proveerá al coordinador de servicios para que lo comparta con el equipo de planificación. El formulario R1-11 se devolverá al coordinador de servicios para que lo revise con el equipo de planificación.

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

VI. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL SERVICIO

Los comentarios del consumidor/familia, la información obtenida a través del proceso de planificación centrado en la persona y revisión de informes de evaluación, planes de tratamiento y el progreso del especialista clínico adecuado son los mecanismos para evaluar la eficacia de los servicios.