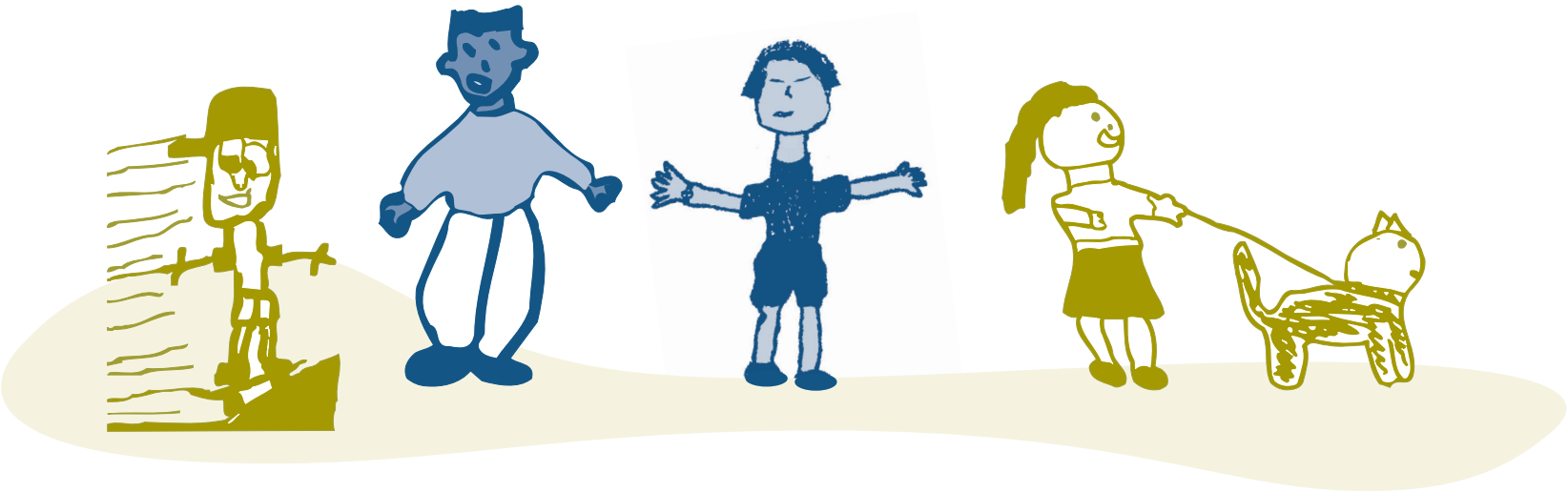
Orientación sobre el cuidado médico administrado

Una Guía para las familias de Washington con niños con necesidades especiales de cuidado de la salud



Washington State Department of Health

DOH 910-111 May 2008 Spanish

Para más información o copias adicionales, póngase en contacto con el Departamento de Salud del Estado de Washington, Programa de Servicios para Niños con Necesidades Especiales de Salud, 360-236-3571.

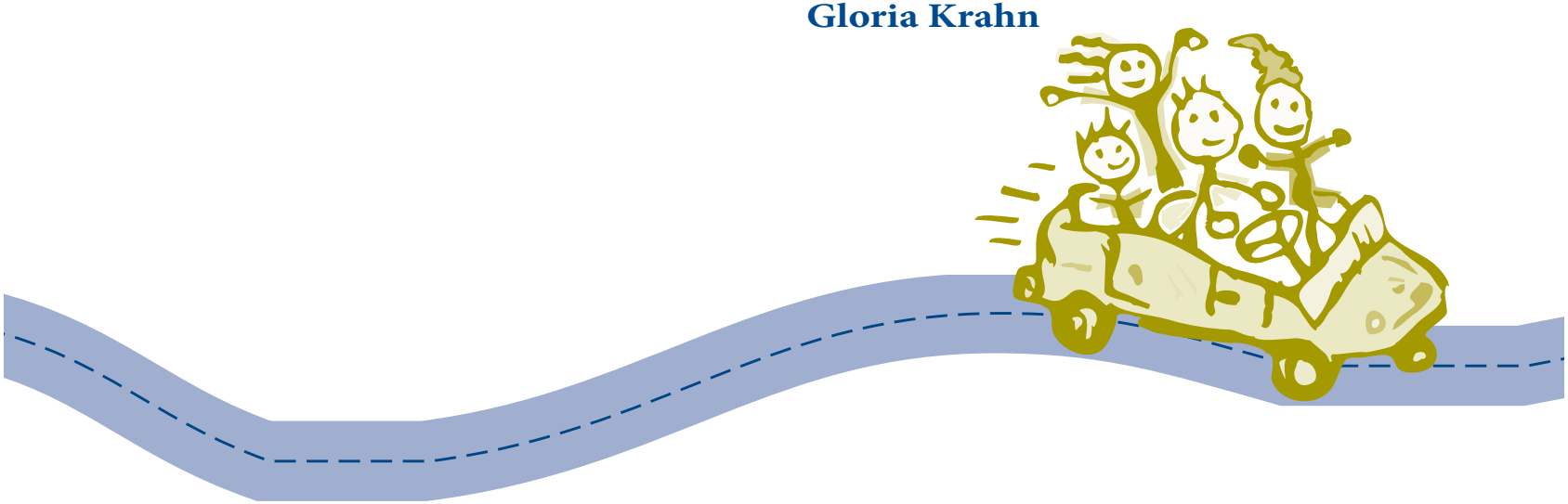
Esta guía y el proyecto **Making Managed Care Work for Washington Families of Children with Special Health Needs,** fueron realizados con la ayuda del Subsidio Número H93 MC 00057-01 de la Oficina de Salud Materno-Infantil (Maternal and Child Health Bureau) (Título V, Ley de Seguridad Social), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration), el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services).

Diseño gráfico: Diann Drummond

Orientación sobre el cuidado médico administrado

Una guía para las familias de Washington con niños con necesidades especiales de cuidado de la salud.

Leslie M. Carroll
Becky Adelmann
Gloria Krahn



Agradecimientos

Esta guía fue desarrollada por medio de un subsidio de la Oficina federal de Salud Materno-Infantil (Maternal and Child Health Bureau). El proyecto subsidiado se denomina "Making Managed Care Work for Washington Families of Children with Special Health Care Needs". Ofrecemos nuestro más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que proporcionaron información y experiencia durante el desarrollo de esta guía. En particular, queremos agradecer a Diana Denboba, nuestra oficial del proyecto MCHB, por su apoyo constante y a nuestro Comité de Asesoría del Estado de Washington (Washington State Advisory Committee), padres asesores y proveedores de cuidado de la salud quienes nos orientaron y revisaron el documento.

Esta publicación debe mucho a una guía anterior denominada ***PASSPORT,*** desarrollada por el Instituto de Oregon sobre Discapacidad y Desarrollo del Centro de Rehabilitación y Desarrollo Infantil de la Universidad de Ciencias de la Salud de Oregon.

Asesores

Amandalei Bennett
Lauren Bridge
Judie Ebbert-Rich
Jenni Gould
Cam Lanier
John Neff, M.D.
James May
Nancy Miller
Kate Orville
Carla Salldin
Jennifer Sass
John Taylor M.D.
Karen Woodsum
Tizzie Bennett
Marilyn Denney
Jan Fleming
Cassie Johnston
Nanci Larter
Debbie Lee
Diana McMaster
Lance Morehouse
Suzanne Parker
Diana Sandoval
Gary Sweet
Kathy Tekolste, M.D.

Índice

1 Orientación dentro del sistema de atención médica administrada 5

Consejos para obtener el mayor provecho posible de esta guía

2 Creación de un “hogar médico” para su hijo 9

¿Qué es un hogar médico?

3 Conozca al proveedor de servicios médicos básicos (doctor) de su hijo 11

Consejos para entablar una buena relación con el proveedor de servicios médicos básicos de su hijo

4 Entendimiento del concepto básico del cuidado médico administrado 13

¿Qué es lo que hace que el cuidado médico administrado sea diferente?
Referencias
Información acerca de los beneficios
Consejos sobre beneficios

5 Toma de decisiones 21

Elección de un plan de cuidado médico administrado
Cuál es el mejor plan de salud
Elección de un proveedor de servicios médicos básicos
Los planes cambian, los servicios cambian
Momento de realizar preguntas

6 **Para encontrar su camino** 33

Cómo usar el mapa
¿ Necesita su hijo los servicios de especialistas?
Obtenga las referencias y los servicios que su hijo necesita
Conozca sus derechos
Qué debe hacer si la respuesta que recibe es “NO”
No se dé por vencido
Cuidado personal

7 **Sugerencias útiles y carta de ejemplo** 43

Ejemplos de llamadas telefónicas
Consejos útiles para escribir una carta de apelación

8 **Recursos** 49

Cobertura médica en Washington
Ayuda con preguntas y apelaciones
Grupos de apoyo para padres y asistencia familiar
Información telefónica
Publicaciones y manuales de recursos
Programas y entidades estatales
Información nacional
Grupos de enfermedades o condiciones específicas
Sitios Web adicionales en Internet

9 **Glosario de términos útiles sobre el cuidado médico administrado** 61

Palabras clave
Siglas

1 Orientación dentro del sistema de cuidado médico administrado

La forma en que se recibe el cuidado de la salud, la forma en que se paga y las directrices o normas que se deben seguir están cambiando. El "cuidado médico administrado" se está convirtiendo en uno de los sistemas más comunes para proporcionar el cuidado de la salud, pero muchas familias están todavía intentando aprender qué es y cómo usarlo.

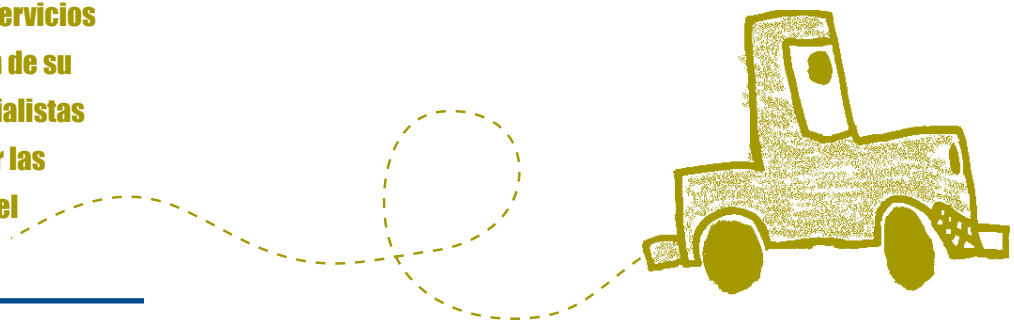
Orientarse: Encontrar su camino. Planificar, registrar y controlar su curso y posición mientras viaja.

Muchas personas hablan acerca de "orientarse dentro del sistema de cuidado médico administrado". Cuando se orienta dentro del sistema, está viajando por él. En cierto modo, puede pensar en un viaje que lo llevará a usted y a su hijo hasta los servicios y tratamientos que su hijo necesita. Su viaje puede tener caminos directos, o bien giros y vueltas a través de desvíos desafiantes. Es posible que deba realizar muchas llamadas telefónicas, visitas a los doctores, terapias y decisiones antes de llegar hasta donde desea.

¿Quiénes son los "niños con necesidades especiales de cuidado de la salud"?

Los niños con necesidades especiales de cuidado de la salud son niños que tienen una condición de salud mental o física o una discapacidad de desarrollo a largo plazo. Es posible que los niños necesiten servicios de los doctores especialistas, así como también de su doctor de servicios médicos básicos. Los especialistas pueden incluir terapeutas que ayuden a mejorar las aptitudes de su hijo en varias áreas incluyendo el movimiento, el habla y el comportamiento.

Esta guía le ayudará a entender algunos de los caminos que puede seguir mientras busca un plan o proveedor de cuidado médico administrado y a tomar decisiones acerca de los servicios de salud que su hijo necesita.



Consejos para sacar el mayor provecho posible de esta guía

Busque las señales de tránsito que hay por el camino. Ellas le indicarán el significado de los términos importantes, le recordarán qué le espera más adelante o le advertirán acerca de posibles peligros.

Los términos del área de salud y seguro pueden parecerle palabras en idioma extranjero o una sopa de letras. Cuando encuentre una palabra o una frase que no entienda, busque en el Glosario de términos útiles sobre el cuidado médico administrado a partir de la página 61 para encontrar su significado. Inmediatamente después del Glosario encontrará una lista de siglas. Una sigla es una versión abreviada de un grupo de palabras. Por ejemplo, un proveedor de servicios médicos básicos a veces se denomina PCP (por "primary care provider").

Siga haciendo preguntas hasta que obtenga la información que necesita. Entérese lo más que pueda acerca de los beneficios de cuidado de la salud y del plan en el que usted está inscrito. Manténgase concentrado en sus objetivos y en la salud de su hijo.

Obtener la combinación adecuada de los servicios de cuidado de la salud para su hijo con necesidades especiales puede resultar confuso y difícil. Cuando el camino presente obstaculos o usted sienta que ha llegado a una calle sin salida, no se dé por vencido. Hay muchos recursos. Pida ayuda a sus proveedores de cuidado de la salud. Encuentre otros padres que puedan darle consejos. Vaya al departamento de servicios para afiliados de su organización de cuidado médico administrado y haga preguntas, o busque otros caminos para obtener los servicios que su hijo necesita.

Esta guía le ayudará a entender el cuidado médico administrado y a obtener los servicios que su hijo necesita.

Le ayudará a

- Aprender cómo elegir un plan y un proveedor de servicios médicos básicos

CONSULTE LAS LISTAS DE VERIFICACIÓN DE LAS PÁGINAS 22 Y 25

- Aprender los términos que necesitará para conversar con el proveedor de servicios médicos básicos de su hijo

CONSULTE EL GLOSARIO DE LA PÁGINA 61

- Saber cuáles son las preguntas que debe formular y cómo formularlas

CONSULTE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA PÁGINA 21

- Averiguar acerca de los beneficios de salud para su hijo

CONSULTE LA PÁGINA 17

- Saber qué debe hacer si la respuesta que recibe es “No”

CONSULTE LA PÁGINA 38

- Ubicar otros recursos

CONSULTE LA PÁGINA 49

2 Creación de un “hogar médico” para su hijo

¿Qué es un hogar médico?

Cada niño merece un hogar médico, especialmente cuando el niño tiene una condición de salud o una discapacidad del desarrollo. Un hogar médico es una idea acerca de cómo proporcionar el cuidado de la salud y los servicios comunitarios de forma coordinada. No es un “lugar”. Es una relación entre un grupo de doctores, enfermeras y otros proveedores de cuidado de la salud que conocen a usted y a su hijo.

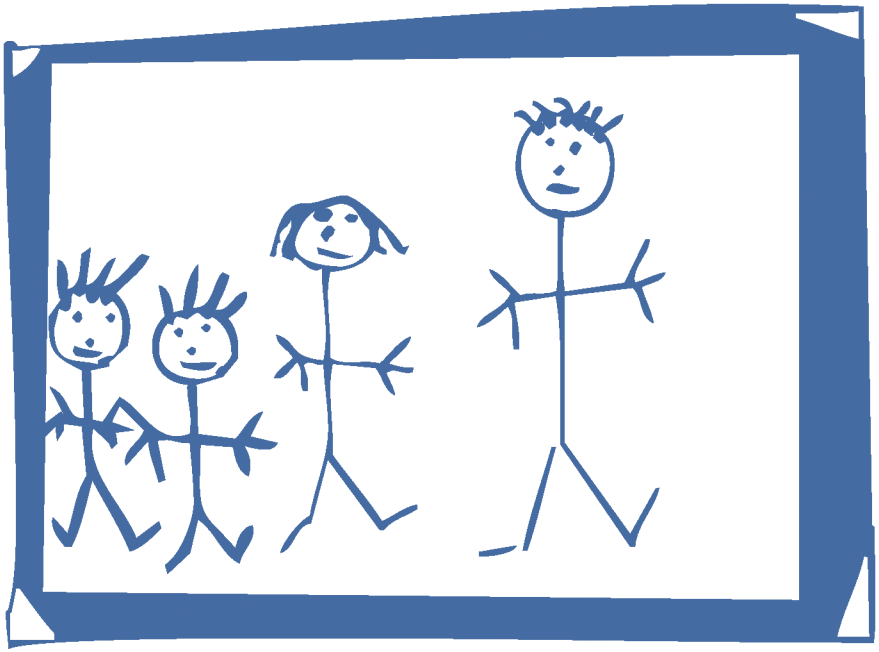
En el cuidado médico administrado, su hogar médico es por lo general con su proveedor de servicios médicos básicos. El proveedor de servicios médicos básicos podría ser un doctor, asistente del doctor, una enfermera titulada u otro proveedor de cuidado de la salud. A veces un especialista es un proveedor de servicios médicos básicos (PCP).

En un hogar médico, su PCP

- Conoce y respeta a su hijo y a su familia
- Entiende las necesidades de su hijo y de su familia
- Proporciona cuidado de rutina, como revisiones periodicas y vacunas (inmunizaciones)
- Trabaja con usted como un socio en igualdad de condiciones para tomar decisiones acerca de la salud y los servicios de su hijo
- Coordina el cuidado de su hijo y le ayuda a entender las opciones y recomendaciones de otras personas

Para hacer que el cuidado médico administrado funcione para su hijo con necesidades de salud especiales, es necesario que usted se considere a sí mismo como un socio en igualdad de condiciones dentro del equipo que toma decisiones acerca de su hijo. Usted, el doctor de su hijo, otros profesionales del campo de la salud y la organización de cuidado médico administrado conforman un equipo.

Como padre o madre, usted conoce a su hijo mejor que nadie. Su conocimiento es importante para el equipo. Aprenda a transmitir sus pensamientos e inquietudes. Escuche cuidadosamente y formule preguntas para obtener un entendimiento claro. Recuerde que todas las personas que componen su equipo están trabajando para que su hijo tenga un futuro saludable.



3 Conozca al proveedor de servicios médicos básicos (PCP) de su hijo

Nombres que recibe el proveedor de servicios médicos básicos (PCP)

- M.D., Doctor en Medicina
- D.O., Doctor en Osteopatía
- Pediatra, Internista, doctor de cabecera
- A.R.N.P., Enfermera Titulada Especializada
- N.P., Enfermera Titulada
- P.A., Asistente del Doctor

El proveedor de servicios médicos básicos (PCP) de su hijo es el doctor, asistente del doctor, Enfermera Titulada u otro proveedor de salud que vea a su hijo primero, siempre que necesite cuidados médicos. En el cuidado médico administrado, el proveedor de servicios médicos básicos es quien tiene la llave que abre la puerta a los especialistas y otros servicios. Una relación honesta y de confianza con el proveedor de servicios médicos básicos de su hijo le ayudará a averiguar qué tipo de servicios necesita su hijo. La buena comunicación ayudará al PCP a enterarse más acerca de su hijo y su familia. A veces, los padres son los maestros. El aprendizaje mutuo forma parte de la participación en un hogar médico.

Además de ser la persona clave que refiere a su hijo a servicios especializados, el PCP de su hijo también es la persona que proporciona revisiones periódicas y proporciona cuidado preventivo a su hijo. Estos servicios son importantes para la salud de su hijo.

Consejos para entablar una buena relación con el proveedor de servicios médicos básicos de su hijo

- Encuentre un proveedor de servicios médicos básicos dentro del plan de cuidado médico administrado que entienda los problemas de su hijo, respete a usted y a su familia, y que trabaje junto con usted para atender las necesidades de su hijo.
- Manténgase en contacto con el proveedor de servicios médicos básicos de su hijo. Asista a las consultas programadas y siga las recomendaciones para revisiones periódicas y el cuidado preventivo.
- Comparta las buenas noticias y también las malas noticias para dar una visión completa de quien es su hijo. Puede enviar una fotografía de la escuela o una nota de agradecimiento ocasional para que su PCP sepa que usted aprecia la ayuda que le proporciona y el buen trabajo que realiza.
- Anote las preguntas e inquietudes que tenga, de manera que usted tenga una lista preparada para cuando llame o visite al doctor.
- Pida ayuda a su proveedor de servicios médicos básicos. Si hay algo que no entiende, solicite más información. Si sigue teniendo dudas, solicite información por escrito u otra cita. Lleve con usted a un amigo o un miembro de la familia a la cita.
- Encuentre otra persona en el consultorio del doctor que pueda ayudarle con sus preguntas, referencias y servicios si el doctor no está disponible. Es posible que un coordinador de cuidado de la salud, enfermera, administrador de caso u otro miembro del personal pueda ayudarle.
- Mantenga registros escritos acerca de su hijo. Lleve un cuaderno para anotar las citas, tratamientos médicos, terapia, recetas médicas, necesidades personales, alergias, preferencias e incluso conversaciones telefónicas. Esto ayudará a usted y a los proveedores de su hijo a recordar lo que se dijo o hizo en el pasado. Llévelo consigo cuando visite a su doctor.

VEA LA PÁGINA 53 PARA ENCONTRAR INFORMACIÓN ACERCA DEL CUADERNO DE CUIDADO PARA SUS REGISTROS

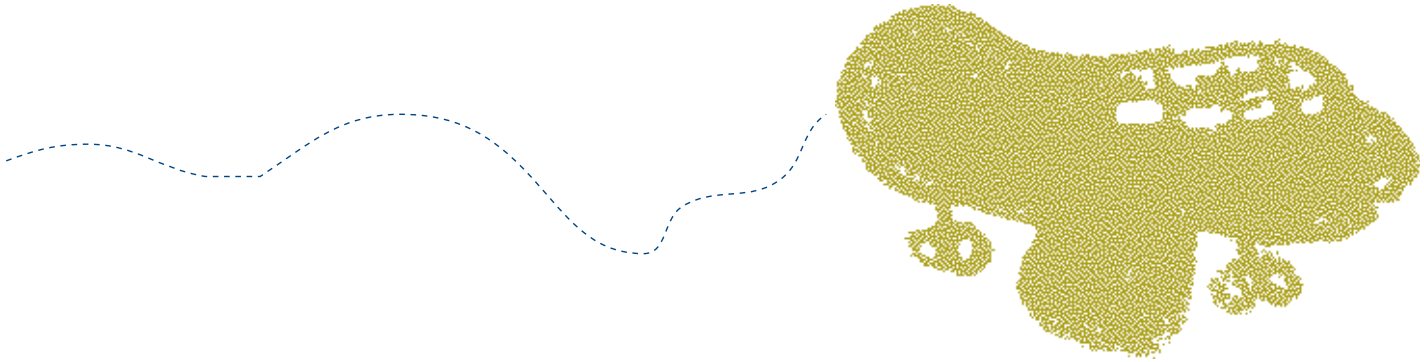
4 Entendimiento del concepto básico del cuidado médico administrado

El cuidado médico administrado no es una novedad. Lo que es nuevo es la cantidad de cuidado médico administrado que se utiliza en Washington. Cada plan de cuidado médico administrado es algo distinto, pero todos los planes de cuidado médico administrado tienen algunas cosas en común. Es importante entender los conceptos básicos del cuidado médico administrado para poder usarlo correctamente. Si usted está acostumbrado a recibir servicios de cuidado de la salud "a la antigua", denominado pago por servicios recibidos, el cuidado médico administrado puede parecerle frustrante.

¿Qué es lo que hace que el cuidado médico administrado sea diferente?

El cuidado médico administrado es distinto de la cobertura de pago por servicios recibidos. El pago por los servicios recibidos implica el pago por cada consulta al doctor, análisis de laboratorio, día de internación en el hospital, etcétera, como elementos separados en una factura.

En el cuidado médico administrado, los servicios se pagan por adelantado a través de primas y copagos mensuales. Esto puede hacer que la obtención de servicios para el cuidado de la salud sean mucho más sencillos porque generalmente no hay tantos formularios que completar ni tantas facturas que pagar. Independientemente de la cantidad de veces que vaya su hijo al doctor, consulte a un especialista o vaya al hospital, el plan de cuidado médico administrado cubre los gastos, siempre y cuando se hayan hecho los pagos mensuales y el servicio sea un servicio cubierto. (Nota: es importante seguir los pasos correspondientes, que incluyen visitar primero a su proveedor de servicios médicos básicos, para asegurarse de obtener la aprobación para los servicios. De lo contrario, es posible que el plan no cubra los servicios.)



Éstas son algunas de las formas en que el cuidado médico administrado difiere del pago por servicios recibidos

- En el cuidado médico administrado, usted pertenece a un plan de salud y se lo denomina un “afiliado” del plan. La mayor parte del cuidado médico se ofrece a través de una fuente: su plan y la red de proveedores. En el plan de pago por servicios recibidos, usted no “pertenece” a un plan ni selecciona sus propios proveedores.

- Generalmente un proveedor de servicios médicos básicos (PCP) debe ver a su hijo en primer lugar. Después de esto, se harán las recomendaciones o referencias a servicios especializados que correspondan según lo que se observa y conversa durante la consulta.

- Cada plan de cuidado médico administrado trabaja con proveedores y especialistas específicos, denominados “red” o “panel” de proveedores. Es posible que sus opciones estén limitadas únicamente a aquéllos que figuran en su plan.

- El proveedor de servicios médicos básicos puede conversar con otros proveedores acerca de las necesidades de su hijo, para obtener un cuidado más coordinado para su hijo.

- Los pagos y la facturación se manejan de forma distinta. No hay deducibles ni se deben enviar facturas para su pago o reembolso. Los costos se pagan por adelantado a través de la prima mensual (que puede ser pagada por usted, su empleador o el estado). Es posible que usted deba pagar un pequeño copago en el momento de cada consulta o por cada receta médica.

- Se le da mayor importancia al cuidado preventivo. Las revisiones periódicas y el cuidado preventivo son beneficios cubiertos. Al visitar a su PCP con regularidad, es posible que pueda evitar los altos costos de la sala de emergencias y las visitas al hospital.

PRECAUCIÓN !

APRENDA ACERCA DEL CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO Y SU FUNCIONAMIENTO. SI SIGUE LAS DIRECTRICES BÁSICAS, ESTO LE AYUDARÁ A OBTENER CUIDADO Y SERVICIOS ESPECIALIZADOS.

Si su hijo tiene necesidades de salud especiales, es especialmente importante que aprenda a orientarse dentro del cuidado médico administrado. Debe entender el proceso paso por paso que le permitirá moverse a través del sistema y obtener los servicios que su hijo necesita.

El cuidado médico administrado se basa en el cuidado preventivo y en el objetivo de evitar crisis médicas costosas. Esta actitud permite que las personas se mantengan saludables, dado que los problemas se pueden prever con mayor anticipación. El cuidado preventivo incluye revisiones periódicas y consultas de niño saludable de rutina.

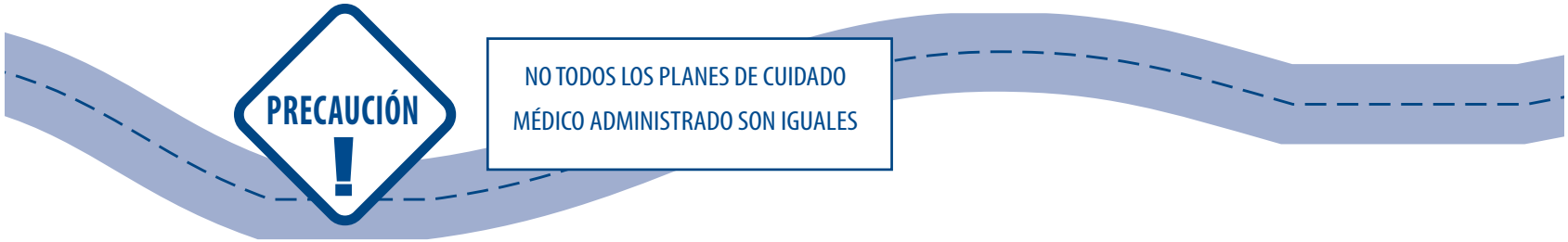
El cuidado médico administrado se centra en la prevención que puede funcionar bien para los niños. Ayuda a que todos supervisen el crecimiento y desarrollo de los niños, los problemas se pueden detectar con anticipación y los niños pueden obtener servicios y tratamientos especiales a una edad más temprana.

Referencias

Referencia: Aprobación para obtener los servicios de un especialista, terapeuta u hospital que incluye un acuerdo para pagar los costos de la consulta.

El cuidado especializado puede ser fundamental para algunos niños con necesidades de cuidado de la salud especiales y es una parte importante del sistema de cuidado médico administrado. Recuerde que el cuidado especializado, inclusive la terapia, debe ser aprobada antes de ir a la consulta. El primer paso es obtener la referencia de su PCP o de su plan de salud o de ambos. Si su hijo va a un especialista sin tener la aprobación previa, es posible que usted tenga que pagar los gastos por su cuenta (sin reembolso de su plan de salud).

Una referencia generalmente cubre un servicio específico por un tiempo determinado. Puede ser por una sola consulta o por un determinado número de consultas. Pida una copia por escrito de la solicitud de referencia aprobada. Guarde copias en caso de que surja alguna duda con respecto al pago.



Antes de emprender el viaje a través del cuidado médico administrado, recuerde que no todos los planes de cuidado médico administrado son iguales. Algunos pueden ser mejores que otros en lo que respecta a la satisfacción de las necesidades especiales de cuidado de la salud de su hijo. Es importante encontrar un plan que funcione para usted y su hijo.

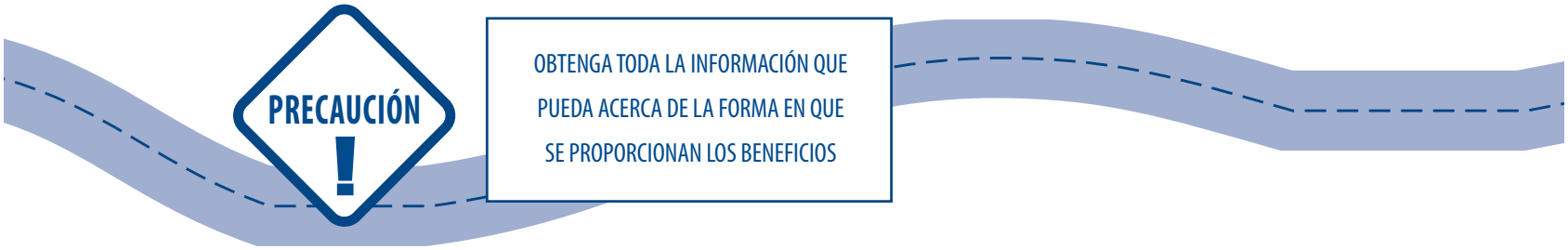
Diferencias entre los planes de cuidado médico administrado

- Ubicación de los servicios
- Lista de doctores, hospitales, farmacias y otros servicios que puede usar (denominados “panel” o “red de proveedores”)
- Formas de ejecutar sus actividades. Hay varios tipos distintos de cuidado médico administrado. Algunos de los más comunes son:
  - Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO)
  - Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO)
  - Planes de Punto de Servicio (POS)

VEA EL GLOSARIO DE TÉRMINOS ÚTILES SOBRE EL CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO EN LA PÁGINA 61 PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN BREVE DE CADA UNO.

Información acerca de los beneficios

Conforme usted revise los beneficios de cuidado de la salud, encontrará que son muy distintos. Algunos paquetes de beneficios pueden parecer similares por escrito pero en realidad funcionan de manera muy distinta debido a la forma en que se proporcionan los servicios.



Los beneficios son establecidos por la organización de cuidado médico administrado (MCO) y el comprador de la cobertura de salud. El tipo de cobertura y los costos se describen en un contrato entre la MCO (o compañía de seguros) y el comprador. El comprador puede ser su empleador, el estado, el gobierno federal o usted mismo.

Usted estará en una mejor posición para obtener lo que desea si entiende su paquete de beneficios. Los beneficios para cada plan se deben describir en un manual para el afiliado. Tómese su tiempo para leer acerca de los beneficios que le ofrecen. ¡Esto puede resultar confuso! Converse con su administrador de beneficios en el trabajo o con un representante del plan de cuidado médico administrado para que le ayude a elegir su propia cobertura.

No se limite a preguntar únicamente al empleador o a los representantes del plan acerca de cómo funciona el plan. Una buena forma de obtener información acerca de un plan es preguntar a las familias que usan el plan cómo funciona para ellos. Piense en lo que su hijo necesita. Para comenzar, lea la sección ***Toma de decisiones*** de este libro a partir de la página 21.

Algunas organizaciones de cuidado médico administrado pueden ofrecer uno o dos paquetes de beneficios distintos (recuerde, depende de lo que se negocia con el comprador). De modo que, incluso si un amigo tiene el mismo plan de salud, no suponga que su paquete de beneficios es el mismo que el de su amigo. Verifique los detalles para usted.

Es importante recordar que los beneficios de cuidado de la salud pueden cambiar siempre que la su situación cambie. Por ejemplo, los beneficios pueden cambiar si hace alguna de las siguientes cosas

- Cambia de empleadores
- Cambia de Medicaid u otra cobertura pagada por el estado a un seguro de salud pagado por el empleador
- Adquiere su propia póliza individual en lugar de tener una póliza grupal pagada por el empleador (las pólizas individuales generalmente cuestan más caro y proporcionan menos cobertura)
- Se muda de una parte del estado a otra. Algunos planes no ofrecen cobertura a nivel estatal.

Éstas son algunas preguntas que debe hacer y que le ayudarán a entender cómo se proporcionan los beneficios

- ¿Cuántos proveedores se especializan en el cuidado de niños? (Los proveedores que se especializan en el cuidado de niños se denominan proveedores pediátricos.)
- ¿Quiénes son los proveedores que se especializan en el tratamiento de niños con la condición médica que tiene mi hijo?
- ¿Hay clínicas especiales que se concentran en determinados tipos de condiciones de salud, especialmente la condición que tiene mi hijo?
- ¿Qué tipos de programas de apoyo familiar se ofrecen a los miembros del plan? Los programas de apoyo familiar son servicios como, por ejemplo, una sala de recursos, biblioteca o sitio Web en Internet, o clases para enseñar a los padres acerca del desarrollo de los niños, crianza de niños, atención de alivio y cómo cuidar a un niño con necesidades especiales.
- ¿Hay administradores de caso o coordinadores de cuidado disponibles para ayudar a coordinar los servicios? ¿Cómo puedo obtener información acerca de ellos?
- ¿Hay servicios de intérpretes, servicios de transporte o clínicas que operan fuera de las horas de servicio y durante los fines de semana?
- ¿Cómo se manejan las quejas y las apelaciones?

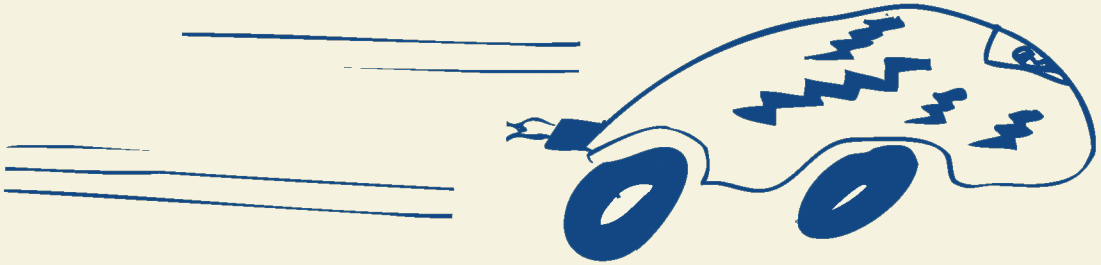
Consejos sobre beneficios

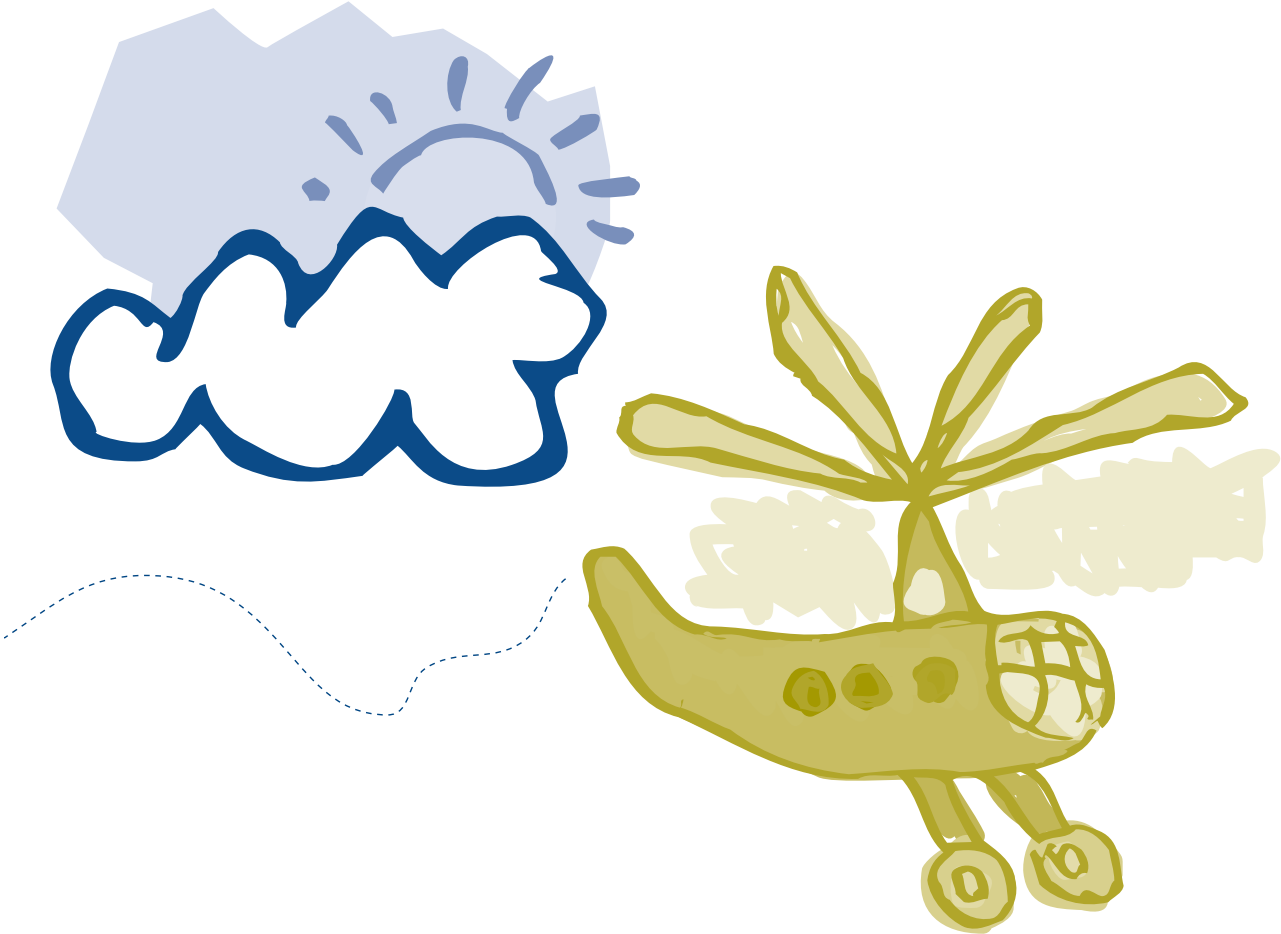
Para las familias de Healthy Options

Si usted es un miembro de Healthy Options, todos los planes que se le ofrecen tienen beneficios similares. Sin embargo, aún existen diferencias en los planes, especialmente en cómo se proporcionan los beneficios y cuáles proveedores se pueden utilizar. Algunos pueden funcionar mejor para su familia que otros. Haga un análisis cuidadoso antes de inscribirse en un plan. Use las listas de verificación que figuran en esta guía para que le ayuden a tomar una decisión.

Para familias con cuidado médico administrado comercial

Los paquetes de beneficios comerciales (los ofrecidos por los empleadores) pueden ser muy distintos entre sí. Los empleadores coordinan la cobertura en base a lo que pueden pagar y lo que piensan que sus trabajadores desean. Tanto los beneficios como la forma en que se proporcionan esos beneficios varían de un plan a otro. A veces no se puede elegir un plan, porque el empleador ofrece sólo uno. Sin embargo, es importante saber qué se le ofrece y cómo se proporcionan los servicios para poder hacer un mejor uso de la cobertura.





5 Toma de decisiones

Elección de un plan de cuidado médico administrado

Piense acerca de las necesidades de cuidado de la salud actuales y futuras de su hijo. Podría ser de ayuda si usted hace una lista y conversa acerca de cada asunto con los miembros de su familia, un proveedor de cuidado de la salud o un amigo cercano. Luego anote lo que considere que es más importante.

Éstas son algunas preguntas a considerar

- ¿Tiene mi hijo retrasos en el crecimiento o desarrollo o una condición médica a largo plazo (crónica)?
- ¿Qué tipos de servicios y terapias de salud necesita mi hijo ahora? ¿Qué otra cosa podría necesitar el próximo año?
- ¿Cuáles de los proveedores que atienden a mi hijo hoy son más importantes para nosotros?
- ¿ Necesita mi hijo un equipo o suministros especiales?
- ¿ Necesita mi hijo medicamentos?
- ¿Cuáles son las necesidades de los otros miembros de nuestra familia?

Al contestar estas preguntas, sabrá qué es lo más importante para usted cuando decida acerca de un plan. Es posible que se presenten otras preguntas a medida que piensa acerca de sus necesidades. Anótelas también. Sus respuestas le ayudarán a analizar y descubrir cuál plan de cuidado médico administrado tiene los beneficios, servicios o proveedores que se adecuan a las necesidades de su hijo y de su familia.

¿Cuál es el mejor plan de salud?

Si su hijo necesita un servicio en particular, o si usted desea un proveedor en particular, comience el proceso de elección teniendo eso en cuenta. Muchas familias eligen su plan de cuidado médico administrado porque les gusta un doctor, clínica u hospital específicos. Averigüe cuál es la red de cuidado médico administrado (o MCO) que tiene los proveedores o servicios que son más importantes para usted. Si tiene un proveedor favorito, pregúntele cuál es el plan al que pertenece. Muchos proveedores pertenecen a más de una red de cuidado médico administrado.

Éstas son algunas preguntas que le ayudarán a iniciar el proceso de búsqueda de un plan que le resulte útil. Haga copias de la lista de verificación y anote sus respuestas para cada uno de los planes que está considerando.

Lista de verificación para elegir un plan de salud

Red de proveedores y especialistas

- ❑ ¿Puedo obtener una lista actualizada de los proveedores que forman parte de este plan?
- ❑ ¿Qué proveedores, incluyendo especialistas y terapeutas, se especializan en trabajar con niños?
- ❑ ¿Podemos seguir consultando a los especialistas que mi hijo usa actualmente?
- ❑ ¿Los hospitales y las clínicas que se especializan en el cuidado de niños están incluidos en el plan?
- ❑ ¿Dónde están ubicados los hospitales y las clínicas?
- ❑ ¿Hay doctores que pertenecen al plan y que se especialicen en el diagnóstico o discapacidad de mi hijo?

Equipos y suministros

- ❑ ¿Qué cobertura se ofrece para equipos y suministros médicos? ¿Hay límites en la cobertura?
- ❑ ¿Dónde puedo conseguir equipos y suministros? ¿Debo usar únicamente determinadas empresas para obtener equipos y suministros?

- ¿Quién debe aprobar mis solicitudes de equipos y suministros?
- ¿El plan se hará cargo del pago si debo alquilar o adquirir el equipo que necesita mi hijo?
- ¿El plan se hará cargo del pago si debo reparar el equipo que necesita mi hijo?
- ¿Con qué frecuencia se puede cambiar el equipo a medida que mi hijo crezca?

Cobertura de farmacia

- ¿Están cubiertos los medicamentos recetados? ¿Debo hacerme responsable de cualquier costo?
- ¿Debo obtener los medicamentos en determinados lugares?
- ¿Existen límites con respecto a los medicamentos cubiertos? ¿Existen políticas con respecto al uso de medicamentos genéricos (sin marca) en lugar de medicamentos de marca? ¿Los medicamentos que usamos figuran en la lista de medicamentos (denominado formulario de medicamentos cubiertos) por los que el plan pagará?

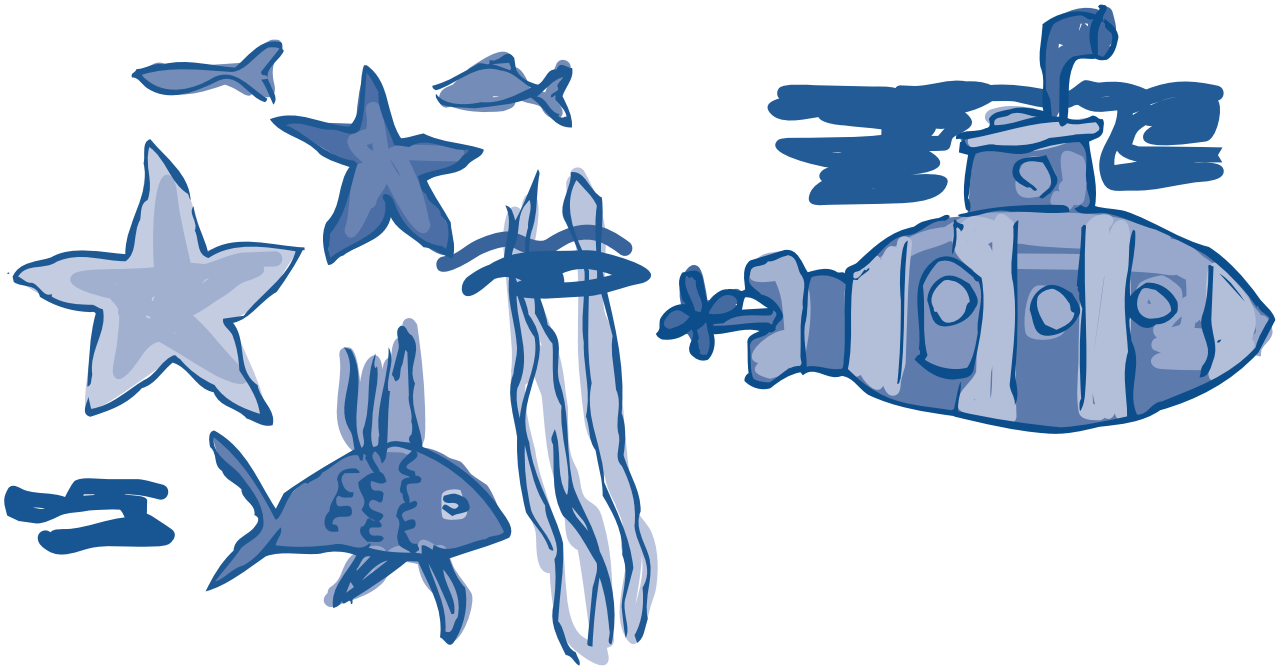
Otros servicios

- ¿El plan cubre servicios de salud mental, asesoramiento, cuidado dental o cuidado de la vista? ¿Cuáles son los límites?
- ¿Hay clases, materiales informativos y grupos de apoyo familiar para el diagnóstico o la discapacidad de mi hijo?
- ¿El plan se hará cargo de los gastos de transporte?
- ¿Existe cuidado de la salud a domicilio disponible a través del plan? ¿Existen entidades o proveedores específicos que necesitaremos usar? ¿Existen límites con respecto a la cantidad de atención a domicilio que está cubierta o la frecuencia con la que podemos usarla?

- ❑ Si no hablo inglés, ¿hay servicios de traducción disponibles en la clínica y por teléfono?
- ❑ Si tengo problemas de audición, ¿cuentan con servicio de TDD o TTY?
- ❑ ¿Podemos conseguir alguien que nos ayude a coordinar el cuidado y los servicios de nuestro hijo?

Quejas, apelaciones y reclamos

- ❑ ¿El plan se hará cargo del pago si quiero obtener una segunda opinión de un doctor diferente?
- ❑ ¿Cuáles son las normas para presentar una queja o apelar una decisión con la que no estoy de acuerdo?
- ❑ Si tengo una queja o estoy en desacuerdo, ¿hay alguien en el plan que me pueda ayudar? (Esta podría ser una persona defensora de pacientes.)



Elección de un proveedor de servicios médicos básicos

SI YA TIENE UN EXCELENTE PCP QUE REALMENTE LE AGRADA Y EN EL CUAL CONFÍA, AVERIGÜE EN QUÉ PLANES FIGURA. PROBABLEMENTE LE CONVENGA AFILIARSE A ESE PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO.

¿Cuál es el proveedor de servicios médicos básicos más adecuado para mi hijo?

Elegir un proveedor de servicios médicos básicos (PCP) es un paso importante en el viaje. El PCP es una persona clave que le proporcionará cuidado de la salud a su hijo, trabajará para disponer y coordinar servicios, planificará las necesidades futuras de su hijo y le ayudará a obtener la información, los servicios y las referencias que desee.

Trate de buscar a alguien con quien pueda conversar, alguien que le escuchará y respetará a usted y a su hijo. Muchos proveedores distintos de cuidado de la salud pueden cumplir la función de PCP (consulte la página 11, ***Conozca al PCP de su hijo***). Según el lugar donde usted vive y los proveedores en su plan, sus opciones variarán.

Si necesita seleccionar un nuevo proveedor de servicios médicos básicos

- Pregunte a otros padres si conocen a alguien que sea especialista en el diagnóstico de su hijo o si tienen un PCP que realmente les agrade. Averigüe por qué.
- Hable con otros profesionales que conozca o que hayan trabajado con su hijo. Pregúnteles a quién le recomiendan. Por ejemplo, el terapeuta de intervención temprana de su hijo puede resultar de ayuda para encontrar un buen PCP para su hijo.
- Haga una cita para conocer al proveedor antes de tomar una decisión. Usted y su hijo dependerán del PCP, de modo que le conviene encontrar a alguno que le agrade y en quien pueda confiar. No deje de preguntar si el plan de salud le cobrará un honorario adicional por este tipo de consulta.
- Piense en la importancia de encontrar a un proveedor que se especialice en el cuidado de niños, que entienda los asuntos del crecimiento y del desarrollo y que haga referencias.
- En algunas comunidades, las opciones de planes y proveedores son limitadas de modo que es posible que le demande trabajo adicional encontrar un proveedor u obtener las referencias para los especialistas que necesita.

PRECAUCIÓN !

A veces incluso los mejores proveedores de servicios médicos básicos no saben qué tipos de recursos comunitarios están disponibles para los niños con necesidades especiales de cuidado de la salud. Intente averiguar quién dispone de este tipo de información. Es recomendable que empiece por la sección "Recursos" de esta guía. Comparta cualquier información de la que disponga o averigüe con su proveedor. Diga al departamento de servicios para afiliados que la información acerca de los recursos es muy importante para usted.

Para seleccionar un PCP, considere realizar algunas de las siguientes preguntas. Piense en lo que es importante para usted y para su hijo. Luego intente pensar en más preguntas que quisiera que el proveedor responda y anótelas.

Lista de verificación para elegir un proveedor de servicios médicos básicos

- ❑ ¿Usted pertenece a alguno de los planes de cuidado de la salud entre los cuales puedo elegir? ¿Cuáles?
- ❑ ¿Tiene planes para permanecer con ellos?
- ❑ ¿Quién está en su red? ¿A qué especialistas puede referir a mi hijo?
- ❑ Si mi hijo tiene que ir al hospital, ¿a qué hospital lo enviaría? ¿Es un hospital infantil?
- ❑ ¿Qué se necesita para conseguir una referencia a un especialista? ¿La referencia es válida durante un plazo específico o es necesaria una referencia para cada consulta?
- ❑ ¿Quién toma las decisiones acerca de las referencias? ¿Cuánto tiempo tarda?
- ❑ ¿Usted pertenece a una sub red? ¿Quién está en su sub red?

LAS SUB REDES
SE DEFINEN EN LA PÁGINA 66

Cualificaciones del proveedor

- ¿Ha atendido a otros niños con el diagnóstico que tiene mi hijo? ¿Cuántos? ¿Hace cuánto tiempo?
- ¿Cuáles son sus antecedentes? ¿Cuáles son sus credenciales y licencias?
- ¿Ha recibido capacitación especializada?
- ¿Está disponible después de las horas de servicio normal? ¿Cómo podemos comunicarnos con usted?
- Si no está disponible, ¿quién lo reemplazará? ¿Cuáles son las credenciales de esta persona? ¿Esta persona tiene experiencia en el diagnóstico de mi hijo?
- ¿Hace visitas a domicilio?
- ¿Cómo manejará las necesidades de mi hijo? (Describa los síntomas y el comportamiento de su hijo.)
- ¿Otros miembros de su personal desempeñarán funciones específicas en el cuidado de mi hijo, como administración de caso o coordinación de caso?
- ¿Durante cuánto tiempo atenderá a mi hijo? ¿Seguirá atendiendo a mi hijo después de que cumpla 18 años de edad? De no ser así, ¿cómo nos ayudará a encontrar y trabajar con otro proveedor?
- Si lo llamo porque tengo un problema o una duda, ¿cuánto tardará en contestarme? ¿Hay determinados momentos del día durante los cuales devuelve las llamadas?
- ¿Envía recordatorios para las revisiones periódicas y las vacunas (inmunizaciones)?

Coordinación de cuidado y enlaces con los servicios comunitarios

- ¿Cómo ayudará a proporcionar y coordinar los servicios para mi hijo?
- ¿Cómo trabaja y se comunica con las personas en las escuelas o la comunidad que proporcionan servicios a mi hijo? ¿Nos ayudará con los planes educativos individualizados (IEP)?
- ¿Qué tipos de servicios de apoyo familiar están disponibles a través de su consultorio? ¿Dónde se ofrecen? Si necesitamos otros servicios o apoyo que usted no ofrece, ¿usted o su personal nos ayudarán a conseguirlos?

PRECAUCIÓN !

Los planes cambian, los servicios cambian

Recuerde: Después de haber hecho toda la tarea y haber encontrado un buen proveedor de servicios médicos básicos y especialistas para su hijo, las cosas pueden cambiar y, de hecho, cambian.

Un proveedor puede abandonar el plan. (Si su PCP abandona el plan, probablemente reciba una notificación escrita por correo.)

El contrato de beneficios puede cambiar. De hecho, cada año la mayoría de los empleadores hacen nuevos contratos acerca de la cobertura de salud. Los nuevos contratos pueden afectar sus beneficios.

Cuando el contrato cambia o el proveedor abandona el plan, probablemente le convenga analizar la situación nuevamente para asegurarse que las necesidades de su hijo aún están cubiertas. Pregúntese si necesita buscar un nuevo PCP o hacer otros cambios.

Momento de realizar preguntas

¿Qué debemos hacer si nuestro hijo es atendido por más de un proveedor y algunos de los proveedores no figuran en nuestro nuevo plan o red?

Deberá averiguar cuál de los proveedores es más importante para usted y su hijo. No se olvide de preguntar si hay una sub red de proveedores. Probablemente tenga que renunciar a algunos de sus proveedores actuales y buscar nuevos. Pregunte a otros padres cuáles son los proveedores de servicios médicos básicos y especialistas que consultan. Haga el seguimiento de cualquier recomendación mediante una llamada telefónica o visita, si fuera posible. Use las listas de verificación que figuran en esta guía para que le ayuden a formular preguntas.

Tenemos un proveedor favorito y no figura en nuestro plan actual. ¿Podemos cambiarnos a un plan diferente?

Converse con su empleador, la oficina de beneficios de su trabajo o con Healthy Options para averiguar si puede cambiar de plan. Explíqueles por qué desea cambiar de plan y la función importante que tiene su proveedor en el cuidado de su hijo.

Cada plan tiene un plazo de inscripción abierta en el que puede cambiar de plan. Para muchos planes, esto ocurre sólo una vez por año. Averigüe cuándo su plan ofrece una "inscripción abierta". Si usted está en Healthy Options, puede cambiar de plan más a menudo que una vez por año.

Si no puede cambiar de plan en este momento, pregunte si hay otro proveedor en su plan actual que esté cualificado para atender a su hijo.

PRECAUCIÓN !

Tenga cuidado en cambiar planes o proveedores con demasiada frecuencia. Puede perder "la continuidad del cuidado". La continuidad del cuidado es el resultado de un hogar médico: los proveedores conocen a usted y a su hijo, saben qué ha ocurrido en el pasado, cuáles son sus necesidades y objetivos y lo que se puede esperar para el futuro. Cuando cambie de proveedores, es posible que necesite tiempo para educarlos con respecto a su hijo y crear una nueva relación.

¿Cuáles son los puntos a favor de su plan actual? Si encuentra que no puede cambiar de plan (quizás el empleador no le ofrece este plan), es posible que tenga que buscar un nuevo proveedor.

¿Qué debo hacer si nuestro proveedor abandona el plan?

Pregunte a los representantes del plan si puede obtener una referencia al mismo proveedor durante varios meses o un período más prolongado, hasta que pueda encontrar un nuevo proveedor.

Consulte las listas de verificación que aparecen en esta guía para obtener ayuda para encontrar un nuevo proveedor. Si no puede encontrar un reemplazante cualificado, tiene por lo menos dos opciones:

- Solicite una referencia continua. Asegúrese de enfatizar el impacto que podría tener un cambio sobre la salud y la continuidad de atención de su hijo.
- Averigüe si puede cambiar de plan para mantener la relación con su proveedor. (Pregunte al departamento de beneficios de su lugar de trabajo o a Healthy Options si puede cambiar de plan.)

Queremos consultar a un especialista que no pertenece a nuestra red de proveedores. ¿Podemos hacerlo?

Puede ser posible consultar a un especialista que no pertenezca a su plan. Sin embargo, asegúrese de entender qué es lo que implica y si hay algún costo adicional. Si quiere que el plan se haga cargo de los costos, asegúrese de obtener en primer lugar la aprobación por escrito. Los planes pueden aprobar servicios externos si no hay ningún especialista del tipo que usted necesita dentro del plan o de la red. También pueden proporcionar su aprobación en algunos casos muy complejos.

A veces es posible que necesite solicitar una “excepción a la póliza” de su plan de salud para consultar a un especialista externo. Trabaje junto con su doctor u otros proveedores de cuidado de la salud para presentar la documentación necesaria para obtener una excepción a la póliza.

En la mayoría de los planes de cuidado médico administrado, debe obtener la aprobación antes de consultar al proveedor externo. De lo contrario, es posible que deba hacerse cargo del pago de los costos por su cuenta. Tenga cuidado antes de firmar cualquier formulario que pueda hacerlo financieramente responsable del costo del cuidad. A veces estos formularios se denominan renuncias. Si alguien le pide que firme una renuncia, no siga adelante y asegúrese de que entiende cuáles son sus opciones.

Si tiene la cobertura de Healthy Options, firme únicamente si está dispuesto a pagar. Puede haber otras formas de obtener el cuidado y los servicios que necesita sin tener que pagar por ellos. Al firmar una renuncia, es posible que tenga que hacerse cargo de grandes deudas.

¿Qué es un copago? ¿Debo pagar en el momento de recibir el servicio?

En el cuidado médico administrado, generalmente se cobra un honorario cada vez que se visita a un proveedor, se surte una receta o se adquieren equipos y suministros. Este honorario se denomina copago. Muestre su tarjeta de afiliado cada vez que reciba servicios médicos, incluyendo recetas médicas y servicios especializados. Esto le informará cuál es el copago que deberá pagar.

En este momento, las familias de Healthy Options no tienen que pagar los copagos.

¿Necesito adquirir los medicamentos, suministros o equipo médico en algún lugar específico para que el plan se haga cargo del pago?

¡Sí! Los planes de cuidado médico administrado hacen acuerdos con doctores, enfermeras tituladas, terapeutas, agencias de salud en el hogar, farmacias y vendedores de equipo médico (denominados proveedores de equipos) para sus afiliados. Sepa a quién puede recurrir y tenga cuidado de usar únicamente los proveedores de servicios de su plan de cuidado médico administrado.

Si recibe recetas médicas, suministros, servicios o equipo de personas que no tienen acuerdos con su plan médico, es posible que tenga que pagar los gastos por usted mismo. Esto se denomina “salirse del plan” y puede ser muy costoso.

¿Qué son las redes de proveedores?

Las redes y sub redes son grupos de proveedores que pueden incluir doctores, enfermeras tituladas, especialistas, farmacias, vendedores de equipos, otros proveedores e incluso hospitales. Cada red o sub red puede tener directrices acerca de los servicios, referencias y cómo se realizan los pagos.

Las redes y sub redes pueden limitar sus opciones de proveedores. Averigüe cómo podría afectar esto a su hijo. Hable con el doctor de su hijo y averigüe cuáles son los especialistas que están en su red y sub red.

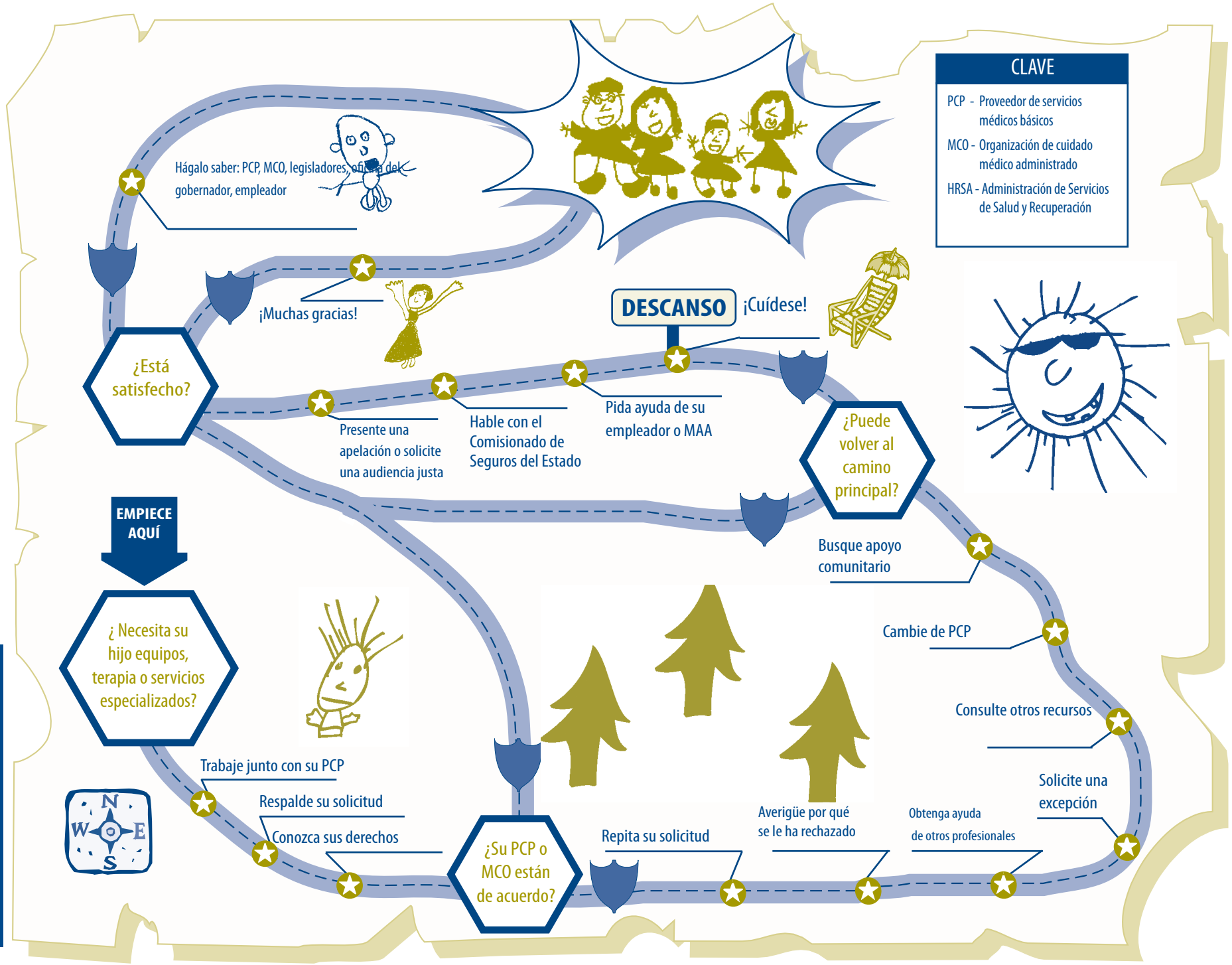
. . . . es hora de continuar

6 Para encontrar su camino: mapa del cuidado médico administrado

Una vez que ha elegido un plan de cuidado de la salud y un proveedor de servicios médicos básicos, comienza su viaje para encontrar servicios y terapia. A medida que su hijo crece y cambia, tendrá que tomar muchas decisiones. El mapa siguiente le ayudará a entender las opciones que se presentarán a lo largo del camino.

Cómo usar el mapa

Este mapa muestra algunos de los caminos que puede seguir a medida que avanza a través del sistema de cuidado médico administrado. Las opciones que figuran en el mapa pueden ayudarle a elegir qué medidas tomar. Algunos de los caminos se concentran en tomar acción cuando la respuesta a algunas de sus solicitudes es "SÍ", cuando está satisfecho con el cuidado de la salud y está recibiendo los servicios que necesita. Si no está satisfecho con su cuidado de la salud o se le niegan los servicios, los otros caminos le proporcionarán opciones a tener en cuenta.


CLAVE
PCP - Proveedor de servicios médicos básicos
MCO - Organización de cuidado médico administrado
HRSA - Administración de Servicios de Salud y Recuperación
EMPIECE AQUÍ
¿ Necesita su hijo equipos, terapia o servicios especializados?
Trabaje junto con su PCP
Respalde su solicitud
Conozca sus derechos
¿Su PCP o MCO están de acuerdo?
Repita su solicitud
Averigüe por qué se le ha rechazado
Obtenga ayuda de otros profesionales
Solicite una excepción
Consulte otros recursos
Cambie de PCP
Busque apoyo comunitario
¿Puede volver al camino principal?
DESCANSO
¡Cuídese!
Pida ayuda de su empleador o MAA
Hable con el Comisionado de Seguros del Estado
Presente una apelación o solicite una audiencia justa
¿Está satisfecho?
¡Muchas gracias!
Hágalo saber: PCP, MCO, legisladores, oficina del gobernador, empleador
N
W
E
S

¿ Necesita su hijo los servicios de especialistas?

Es posible que su hijo tenga necesidades médicas muy evidentes como, por ejemplo, asma, diabetes o una enfermedad crónica. Otras necesidades de salud especiales pueden ser difíciles de detectar al principio, como la dificultad para aprender a caminar o hablar.

Un proveedor puede ser quien le señale esto durante una consulta de rutina, o es posible que usted se dé cuenta de que algo anda mal. Algunas veces los padres pueden informar que su hijo tiene algún tipo de problema aunque no se les haya dado un diagnóstico o no hayan llevado a su hijo al doctor. Si hay algo que le preocupa acerca de la salud o del desarrollo de su hijo, hable acerca de sus preocupaciones con el proveedor de servicios médicos básicos de su hijo.

Generalmente, un PCP está capacitado para atender las condiciones y enfermedades comunes en los niños y para supervisar su crecimiento y desarrollo. Los proveedores con capacitación adicional en determinados desordenes o condiciones más complejas se denominan especialistas.

Puede ser recomendable que su hijo sea tratado por un especialista si

- Su proveedor de servicios médicos básicos le recomienda que lo haga
- La condición de su hijo persiste sin la mejoría prevista
- No se atienden sus inquietudes y siente que su hijo se beneficiaría al recibir cuidado especializado

Obtenga los servicios que su hijo necesita

Cuando su hijo necesite consultar a un especialista, el proveedor de servicios médicos básicos le ayudará a iniciar el proceso para obtener una referencia. (Una referencia es la aprobación previa que se necesita para que el plan de cuidado médico administrado se haga cargo del pago de los servicios especializados.) Los planes pueden diferir en cuanto a la forma de aprobar una solicitud de cuidado especializado. Averigüe qué es lo que exige su plan y cuánto dura todo el proceso.

En algunos planes, las referencias enviadas por el PCP son revisadas o aprobadas por un comité de revisión, gerente administrativo u otras personas que no son profesionales de cuidado de la salud. Algunas veces, es necesario más de un intento para obtener la aprobación de la referencia.

Éstas son algunas cosas que pueden ayudarle con el proceso de referencia

- Trabaje junto con el proveedor de servicios médicos básicos de su hijo para pedir a MCO que apruebe su solicitud para servicios especializados. Explique claramente por qué piensa que esos servicios son necesarios.
- Hable regularmente con el PCP y reitere sus preocupaciones.
- Lleve registros organizados por escrito acerca de la atención y del progreso de su hijo. Recopile artículos acerca de la condición de su hijo y otra información para respaldar su solicitud. Pida a otros profesionales que envíen cartas de apoyo para su solicitud.
- Hable con otras familias que hayan tenido los mismos problemas que usted y conozca cuáles son las estrategias que utilizaron.
- Si la organización de cuidado médico administrado no aprueba una solicitud de referencia o servicio, puede rehusarse a pagar. ¡Siga leyendo para saber lo que debe hacer si la respuesta a su solicitud es “NO”.!

RECUERDE: LA PRIMERA DENEGACIÓN NO TIENE POR QUÉ SER LA RESPUESTA DEFINITIVA.

¡SEA PERSISTENTE! PÍDALO UNA VEZ, PÍDALO DOS VECES, Y SI NO OBTIENE NINGUNA RESPUESTA, VUELVA A PEDIRLO.

¡Conozca sus derechos!

Mientras recorre el sistema de cuidado médico administrado, es necesario que conozca sus derechos y los derechos de su hijo. La ley estatal establece algunos de sus derechos legales.

- Usted tiene derecho a presentar un reclamo o apelación si está en desacuerdo con la decisión de un plan o proveedor.
- Usted tiene derecho a recibir una segunda opinión. Una ley estatal, el Código Administrativo de Washington (WAC) 388-538-120, protege este derecho.
- Tiene derecho a seguir recibiendo los servicios mientras está apelando una decisión. La ley estatal, WAC 388-538-110, le garantiza esta protección.
- Si está afiliado a un plan de Healthy Options, puede solicitar una audiencia justa si tiene un problema que no se resuelve. Una audiencia justa es otra forma de apelación que tiene como objetivo proporcionar una respuesta imparcial cuando se ha denegado una solicitud. Cada Oficina de Servicios a la Comunidad (CSO) del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) tiene un coordinador de audiencias justas. Llame a CSO o a Healthy Options para conseguir el número. También puede escribir a: Office of Appeals, Department of Social and Health Services, P.O. Box 2465, Olympia, WA 98507-2465.

Para averiguar más acerca de sus derechos

- Consulte el manual del afiliado
- Llame a la Oficina del Comisionado de Seguros: 1 (800) 562-6900
- Consulte a un abogado o asesor legal

¡Qué debe hacer si la respuesta que recibe es "NO"!

Si solicita servicios y la respuesta es "no", o si obtiene una respuesta con la que no está de acuerdo, en primer lugar trate de trabajar junto con el PCP de su hijo y el plan de cuidado médico administrado para obtener una decisión que satisfaga sus necesidades.

Éstas son algunas opciones:

- Debata sus preocupaciones con el PCP. Presente cartas de apoyo de otros profesionales, artículos o sus propios registros para demostrar la existencia de necesidades que no han sido satisfechas o motivos por los cuales los servicios son importantes para su hijo.

- Llame al número de teléfono del servicio de atención al cliente/servicios para afiliados de su plan de cuidado médico administrado y averigüe los motivos por los cuales su solicitud no está cubierta por sus beneficios de salud. Asegúrese de anotar el nombre de la persona con la que habla y una descripción breve de lo conversado. Si no obtuvo respuesta a sus preguntas, averigüe quién le proporcionará una repuesta y cuándo se supone que le contestarán.

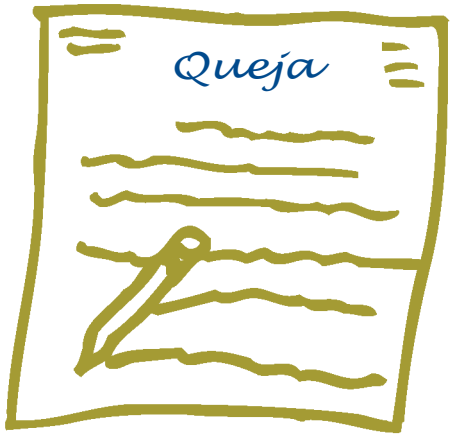
- Solicite que reconsideren su solicitud. A menudo se aprueba una segunda solicitud si se resalta la importancia que tiene el servicio para usted y para su hijo y la forma en que satisfará sus necesidades de salud. Es especialmente útil señalar de qué manera su solicitud puede reducir o prevenir futuros costos de cuidado de la salud.

- Asegúrese de entender el motivo por el que la respuesta fue "no". Algunas veces se da un motivo confuso, como "no es médicamente necesario" o "no es un beneficio cubierto". Solicite información por escrito en lenguaje claro para que pueda entenderla. Tiene derecho a preguntar más de una vez y pedir que las respuestas se le entreguen por escrito en una forma que usted pueda entender.

- Algunas veces, es posible que necesite servicios que no están incluidos en las pólizas de su plan de cuidado médico administrado. En ese caso, si considera que una solicitud es esencial para la salud de su hijo, posiblemente deba solicitar una excepción a la póliza. Averigüe quién puede aprobar una excepción a la póliza y cuánto demorará esto. Asegúrese de pensar cuidadosamente acerca de su solicitud e indique claramente por qué son importantes los servicios. Una excepción a la póliza puede exigir una gran cantidad de trabajo y no muchas son aprobadas.

- Si piensa que su solicitud posiblemente sea aprobada por un proveedor de servicios médicos básicos distinto, puede ser conveniente evaluar la posibilidad de cambiar de PCP. Sin embargo, recuerde hacer su tarea y evaluar si el cambio de proveedores podría afectar la continuidad del cuidado de su hijo.

Si ha intentado estas sugerencias sin éxito, es posible que usted desee presentar una apelación formal o tomar medidas para presentar una queja. Algunas veces una queja recibe el nombre de reclamo ("grievance"). Cada plan tiene normas y medidas por escrito que se deben seguir para presentar apelaciones y reclamos. Llame al número del servicio de atención al cliente del plan o consulte el manual del afiliado para averiguar exactamente qué es lo que debe hacer. Siga las instrucciones cuidadosamente y asegúrese de cumplir con los plazos y fechas exigidos.



¡No se dé por vencido!

Algunos planes tienen normas que requieren la revisión o el arbitraje de tercera parte. Esto significa que alguna persona que no pertenece al plan revisa una apelación o queja para asegurarse de que se ha considerado de forma justa. Si tiene la cobertura de Healthy Options y no está de acuerdo con una decisión, puede solicitar una audiencia justa.

Puede buscar ayuda para su solicitud de fuentes fuera del plan de cuidado médico administrado. Las posibles fuentes incluyen el Comité de Seguros del Estado de Washington, grupos de defensa, legisladores o la oficina del gobernador.

La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington es una fuente útil de información y de ayuda. Muchas familias llaman a la Oficina del Comisionado de Seguros mucho antes de tener problemas porque el personal puede proporcionarles una gran cantidad de información útil y asesoramiento disponible.

Si no puede obtener lo que necesita a través de su plan de salud, busque recursos en la comunidad que pagarán por los servicios o terapias. Póngase en contacto con grupos locales como Kiwanis o los Clubes de Leones u otras fundaciones de caridad. Averigüe si el servicio está disponible en alguno de los Hospitales Shriners para Niños, los servicios de Shriners se proporcionan sin costo alguno para la mayoría de los niños. Llame al departamento de salud pública en su área y pida hablar con una enfermera que tenga experiencia en la atención de niños con necesidades especiales para que lo ayude a buscar más opciones.

En algún momento, puede examinar la posibilidad de cambiar de plan de salud si piensa que puede obtener servicios de mejor calidad en alguna otra parte. (Sin embargo, no debe abandonar un plan mientras no esté seguro de tener la cobertura que necesita a través de un nuevo plan.)

Cuidado personal

Recuerde que ésta no es una tarea fácil. Exige tiempo y esfuerzo. Es necesario que se cuide. Su familia cosechará los beneficios.

- No se sorprenda si a veces se siente desanimado.
- Busque apoyo en otras familias. Participe en un grupo de apoyo mutuo para padres. (Consulte la lista de recursos que aparece al final de esta guía.) Otros padres de niños con necesidades de cuidado de la salud similares a las de su hijo son excelentes fuentes de información y apoyo. Conectarse con ellos puede aliviarle la carga.
- Tómese un tiempo para descansar. Pida a alguna otra persona que haga parte del trabajo.
- Tómese un tiempo para divertirse. Siga dedicándose a su pasatiempo favorito, un deporte u otra actividad recreativa, aunque sea sólo durante unas pocas horas por semana.
- Busque ayuda para cuidado infantil/de alivio.
- Escuche lo que le dictan sus propios sentimientos y actúe en consecuencia. En realidad usted sabe qué es lo mejor para su hijo y si piensa que algo no es correcto, probablemente tenga razón.
- Piense y hable acerca de cómo usted ve el futuro de su hijo, todo lo que quiere para su vida, no solamente el cuidado médico y tratamientos.

7 Sugerencias útiles y carta de ejemplo

Ejemplos de llamadas telefónicas

A continuación ofrecemos algunos ejemplos de cómo puede hablar con los representantes de los planes si necesita información o si está en desacuerdo con una decisión.

Si necesita una segunda opinión

1. *Llame al número del servicio al cliente de su plan de salud, y explique la situación.*

   Padre/madre: "Hola, me llamo Susan Jones y les llamo para hablar de mi hijo, John Jones. Su número de afiliado es 111-22-333. Mi hijo tiene un año de edad y me preocupa su crecimiento y desarrollo. Hablé con nuestro doctor, el Dr. Smith, en la Clínica First Street. Él desea esperar y ver, sin embargo, yo no quiero seguir esperando para averiguar lo que está sucediendo".

2. *Dígale al representante del plan que no está de acuerdo. Pida una segunda opinión.*

   Padre/madre: "No estoy de acuerdo con esta decisión y estoy muy preocupada por mi hijo. Quiero ver a otro doctor que se especialice en el cuidado de niños. De acuerdo con las leyes de Washington, tengo derecho a una segunda opinión".

3. *Pregunte qué hará el plan para ayudar a resolver esta cuestión.*

   Padre/madre: "¿Tiene este plan otros doctores especializados en este campo? ¿Cuáles son las otras opciones que están disponibles para mi?"

   Representante del plan: "Le enviaré una lista de pediatras en su área que puedan darle una segunda opinión. La lista incluye los números de teléfono de las clínicas".

4. *Asegúrese de averiguar cuánto tiempo tomará obtener información o servicios.*

Padre/madre: "Necesito programar una cita pronto. ¿Cuándo me pueden enviar la información?"

Representante del plan: "Le enviaré la lista por correo hoy mismo. Deberá recibirla para el viernes. Si no la recibe, llámeme. Mi nombre es Mary Harris y mi línea directa es 555-0000".

5. *Hable con cortesía y hágales saber que está anotando la información sobre la llamada.*

Padre/madre: "Gracias por su ayuda. He anotado su nombre y número de teléfono para llamar si no recibo la información".

Si no está de acuerdo con una decisión

1. *Indique su nombre, el nombre y número de afiliado de su hijo como se menciona en el ejemplo anterior. A continuación, diga por qué está haciendo la llamada.*

Padre/madre: "He recibido una carta del Plan Médico ABC que indica que se rechazó la solicitud de terapia física para mi hija. No había ninguna explicación del motivo por el que se rechazó la solicitud, ni cómo puedo apelar esta decisión. He revisado mi póliza y no encuentro un motivo para que rechacen la solicitud enviada por mi doctor".

2. *Explique claramente lo que usted desea:*

Padre/madre: "Por favor dígame en palabras que yo pueda entender, por qué rechazaron mi solicitud y cómo puedo apelar esta decisión".

Representante del plan: "Tendré que revisar sus beneficios y averiguar por qué no se aprobó su solicitud. Le enviaré las normas que usted necesita seguir para apelar esta decisión".

3. *Pregunte cuánto tardarán en enviar la información o las respuestas.*

Padre/madre: "¿Cuándo puedo esperar su llamada?" Es importante que continuemos con la terapia. Apelaré esta decisión. Sé que las leyes de Washington protegen nuestros derechos para continuar recibiendo los servicios durante una apelación".

Representante del plan: "Tomará algún tiempo revisar su expediente. La llamaré dentro de siete días hábiles. Asimismo, le enviaré por correo un folleto que le indica cómo presentar una apelación. Debe recibir el folleto en tres días".

4. *Asegúrese de anotar lo que se le dijo, el nombre de la persona con la que habló y una descripción breve de lo conversado.*

Padre/madre: "He anotado su nombre y número de teléfono en mis registros. Prefiero que envíe una carta donde se explique por qué nuestra solicitud no fue aprobada. Espero recibir la carta y una copia de sus directrices de apelación dentro de siete días hábiles para poder iniciar la apelación. Gracias por su ayuda".

Consejos útiles para escribir una carta de apelación

1. Es mejor dirigir su carta a una persona específica en lugar de dirigirla a un departamento en general o al plan de cuidado médico administrado. Trate de averiguar quién tomará la decisión y envíe una carta directamente a esa persona.

2. Asegúrese de indicar el nombre de su hijo y el número de cuenta o afiliado dentro del plan, dirección y número de teléfono.

3. Empiece su carta con una breve declaración que indique quién es usted y por qué está escribiendo la carta.

4. Si está solicitando una explicación por escrito acerca del motivo por el cual su solicitud ha sido denegada, indique que ha revisado su contrato y que no puede encontrar un motivo válido en la póliza para dicho rechazo. Pida detalles específicos, y no simplemente una respuesta que diga que "no es un beneficio cubierto" o que "no es médicamente necesario"

5. Si está apelando un rechazo, indique que entiende el motivo del rechazo y explique por qué considera que los servicios son necesarios o no le deben ser denegados. Use cualquier artículo, investigación u otras opiniones profesionales que sirvan de respaldo.

6. Incluya fechas y nombres de personas en el plan de cuidado médico administrado con las que ya ha hablado.

7. Solicite una respuesta (una carta, reunión o llamada telefónica) dentro de un plazo razonable. Indique una fecha para la cual desea obtener una respuesta del plan. No espere demasiado tiempo. Su plan puede tener plazos muy limitados para presentar una apelación.

8. Haga que alguna persona lea y corrija sus cartas.

9. Guarde una copia para sus archivos personales.

10. Envíe copias a otras personas importantes que le hayan ayudado.

He aquí una carta de ejemplo

25 de octubre de 20XX

1 Dra. Jane Doe
Directora Médica
Plan Médico ABC
1000 Main Street
Seattle, WA

Estimada Dra. Doe:

2 Ref: John Jones, Historial médico Nº 111-22-333

Le escribo esta carta para presentar una apelación debido a la denegación de cobertura de terapia física para mi hijo John Jones. En esta etapa de su desarrollo, la terapia física continuada es fundamental y evitará la necesidad de realizar cirugías costosas en el futuro. 3

El 20 de septiembre de 20XX, recibí una carta rechazando el pago correspondiente a las consultas realizadas en agosto de 20XX debido a que éstas no eran "un beneficio cubierto". He leído el manual y conversado acerca del rechazo con nuestro pediatra, el Dr. Ed Moss. Acordamos volver a enviar la solicitud con más información acerca de la condición de mi hijo, los beneficios de la terapia física y los riesgos de interrumpir la terapia. El 5 de octubre de 20XX recibí una segunda carta en la que se decía que las consultas no estaban cubiertas. 4 6

5 Hablé con Mary Harris, representante de servicios para afiliados del Plan de Salud ABC, el 8 de octubre de 20XX, y le pregunté cuáles eran los motivos específicos por los que la solicitud no había sido aceptada. Dijo que de acuerdo con la Sección 22 de mi póliza, nuestros beneficios sólo cubren 20 consultas por año. Pero en la misma sección hay otro párrafo que dice que las consultas adicionales pueden estar cubiertas cuando sea médicamente necesario y si se cuenta con una recomendación específica del doctor.

Adjunto las dos solicitudes originales de nuestro doctor en las que recomienda consultas adicionales, una carta de Georgia Star, una terapeuta física del centro de neurodesarrollo de nuestra zona, y un artículo de una revista médica de junio de 20XX que respalda nuestra solicitud para que cambien su decisión y se hagan cargo del pago de terapia física adicional para mi hijo.

Según las directrices para presentar una apelación que me fueran enviadas, debería recibir una respuesta dentro de los 30 días. Espero su respuesta a más tardar el 25 de noviembre de 20XX. Mi dirección es 123 Elm St., Seattle, WA. 7

A la espera de su respuesta, continuaremos con los servicios de terapia física dado que las leyes de Washington nos dan esa opción.

Atentamente,

Susan Jones
10 cc: Dr. Ed Moss,
Georgia Star
C.R. House, Comisionado de Seguros del Estado

8 Recursos

Las familias de niños con necesidades especiales de cuidado de la salud de Washington cuentan con muchos recursos que pueden usar para ayudar a sus hijos y familia a obtener mejores servicios y calidad de vida. Muchas familias dicen que a veces es difícil encontrar estos recursos. A continuación encontrará la información de contacto, inclusive números de teléfono, sitios Web y descripciones breves de algunos de los recursos que hay en nuestro estado. Esperamos que esta lista le sea útil para encontrar lo que necesita para su hijo y familia.

COBERTURA MÉDICA EN WASHINGTON

Health and Recovery Services Administration (HRSA) (877) 543-7669 (TTY/TDD (800) 848-5429) Para llamadas gratuitas Sitio Web: fortress.wa.gov/dshs.maa	HRSA forma parte del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) de Washington. Ésta supervisa las opciones importantes de cuidado de la salud para niños con necesidades especiales y sus familias. Puede obtener información acerca del Programa Children's Healthcare y State Children's Health Insurance Program (SCHIP) llamando al número de llamada gratuita que aparece a la izquierda.
Healthy Options (800) 562-3022 (TTY/TDD (800) 848-5429) Para llamadas gratuitas Sitio Web: fortress.wa.gov/dshs/maa/HealthyOptions/index.html	Healthy Options es uno de los programas de cuidado médico administrado de Medicaid en Washington para familias de bajos ingresos, mujeres embarazadas y niños menores de 19 años, incluyendo niños que pertenecen al programa SCHIP.
State Children's Health Insurance Program (SCHIP) (800) 543-7669 Sitio Web: fortress.wa.gov/dshs/maa/CHIP/index.html	Los niños menores de 19 años pueden ser elegibles para obtener cobertura de salud pagando una prima mensual. Llame al número gratuito o visite el sitio Web que aparece a la izquierda.

Washington Basic Health Plan
(800) 660-9840
Sitio Web: www.basichealth.hca.wa.gov

El plan Basic Health está abierto a cualquier residente de Washington que satisfaga los niveles de ingresos, salvo las personas que califican para Medicare o viven en una institución. Los costos son en base a sus ingresos, el número de personas que conforman su familia y el plan que elija. Si su familia califica para un plan Basic Health, su hijo menor de 19 años podría estar cubierto por el programa Basic Health Plus de Medicaid..

AYUDA CON PREGUNTAS Y APELACIONES

Washington Office of the Insurance Commissioner
(800) 562-6900 – Línea directa para el consumidor
Sitio Web: www.insurance.wa.gov

El Comisionado de Seguros del Estado controla el cuidado de la salud y los otros productos de seguros, inclusive el cuidado médico administrado y la cobertura de pago por servicios recibidos. La información está disponible por teléfono, a través de materiales escritos y del sitio Web en Internet. Un grupo de voluntarios capacitados, bajo el nombre de Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) proporcionan una amplia gama de información acerca de la cobertura y los planes de salud. También se ocupan de las quejas relacionadas con los seguros.

Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) Helpline
Línea de ayuda (800) 562-6900

Un servicio público gratuito de la Comisión de Seguros del Estado de Washington que proporciona información acerca de seguros de salud, incluyendo sus derechos, opciones y consejos que le ayudarán a tomar decisiones informadas.

Legislador del estado

Busque en su guía telefónica bajo el título State Government (Gobierno estatal) para encontrar el número de senadores y representantes de su distrito.

GRUPOS DE APOYO PARA PADRES Y ASISTENCIA FAMILIAR

A menudo, los padres obtienen la mejor información acerca de los recursos de otros padres. Hablar con otros padres puede ayudarle a enterarse acerca de más recursos, aparte de los que figuran aquí. Asimismo, puede ayudarle a ponerse en contacto con otras familias que pueden escuchar y ofrecer estímulo. Las organizaciones estatales para padres donde puede ponerse en contacto con otras familias son:

Family Support Opportunity Program

Consulte el listado que figura en la página 55 bajo el título **Programas y entidades estatales (State Agencies and Programs).**

Washington State Parent to Parent
(206) 565-2153
(800) 821-5927 Para llamadas gratuitas
Sitio Web: www.arcwa.com/paprent.htm

Washington State Fathers Network
(425) 747-4004 Int. 218
(206) 284-2859
Sitio Web: www.fathersnetwork.org/Web/news/main/wsfn.html

Ethnic Outreach and Parent Support
(800) 821-5927 para referencias

Parent to Parent Power
Proporciona servicios a padres asiáticos
(253) 531-2022

INFORMACIÓN TELEFÓNICA

Operador del Estado de Washington (800) 321-2808 Para llamadas gratuitas	Ésta es una línea de información estatal que puede proporcionarle los números de teléfono de las entidades del estado de Washington. El operador puede ayudarle a averiguar cuál es la entidad del estado a la que usted necesita llamar.
WithinReach Family Health Hotline (800) 322-2588 Para llamadas gratuitas (800) 833-6388 (TTY)	Esta línea directa proporciona información acerca de las redes de servicios y recursos para familias y niños en todo el estado y a nivel local. Hay ayuda disponible en inglés, español y otros idiomas, según sea necesario. Conecta a las familias con los coordinadores de recursos familiares y otros recursos de la localidad, incluyendo CHIP y otras opciones de seguros.
WithinReach ParentHelp 123 Sitio Web: www.parenthelp123.org	Este sitio Web proporciona información acerca de seguros de salud y asistencia alimenticia. Al responder un cuestionario en línea puede averiguar si su hijo califica para el programa, luego complete, imprima y envíe por correo las solicitudes para los programas.
Children's Resource Line at Children's Hospital and Regional Medical Center (866) 987-2500 Para llamadas gratuitas (206) 987-2500	Children's Hospital and Regional Medical Center ofrece ayuda a las familias de todo el estado, incluso si su hijo no es paciente de esta institución. Puede obtener servicio gratuito y confidencial. Hay información disponible acerca de la salud y enfermedades infantiles, enfermedades específicas, crianza de niños e información sobre recursos.

MANUALES Y PUBLICACIONES SOBRE RECURSOS

Starting Point: A Resource Guide for Families with Children with Special Health Care Needs in Washington State (2008) (Punto de partida: Una guía de recursos para familias con niños con necesidades especiales de cuidado de la salud en el Estado de Washington) (206) 925-2500 (866) 987-2500 (Para llamadas gratuitas) Sitio Web: www.cshcn.org/resources/guides.cfm?intro=yes	Children's Hospital & Regional Medical Center, junto con Healthy Mothers, Healthy Babies Coalition of Washington State, desarrollaron esta lista de recursos. Está disponible en el sitio Web de Children's Hospital bajo el título "Resources for Parents, Children, and Families" (Recursos para padres, niños y familias). Seleccione el menú secundario "Children with Special Needs" (Niños con necesidades especiales). Asimismo puede llamar a la Línea de Recursos para Niños para solicitar una copia.
Care Notebook (Cuaderno de cuidados) Sitio Web: cshcn.org/resources/CareNtbk.cfm	Éste es un cuaderno de registro de cuidados para ayudar a los padres a recopilar y registrar la historia clínica de su hijo. Es muy útil para organizar los registros de su hijo y recordar eventos importantes.
Revista "Exceptional Parent" Sitio Web: www.eparent.com	Una revista mensual con artículos y productos para niños con necesidades especiales. Cada año hay una guía de recursos que incluye información, productos y fuentes de servicios por estado.
National Maternal and Child Health Clearinghouse Sitio Web: www.ask.hrsa.gov/MCH.cfm	

Programa "Children with Special Health Care Needs Program" (Programa para niños con necesidades especiales de cuidado de la salud)
Departamento de Salud de Washington
Salud Maternal e Infantil/Salud Familiar y Comunitaria
(360) 236-3571
Sitio Web: www.doh.wa.gov/cfh/mch/cshcnhome2.htm

El programa Children with Special Health Care Needs es un programa financiado por el gobierno federal y estatal para niños con enfermedades crónicas o retrasos en el desarrollo. El programa trabaja para desarrollar mejores sistemas de cuidado para niños con necesidades especiales de cuidado de la salud y sus familias. El personal puede comunicarlo con enfermeras de salud pública u otros profesionales de su zona que pueden ayudarle con cuestiones de cuidado de la salud y coordinación. El programa ofrece información, asistencia para la coordinación de servicios, desarrollo de liderazgo familiar para problemas de salud y otros servicios.

Division of Developmental Disabilities (DDD) (División para discapacidades del desarrollo)
(360) 902-8444 Oficina del Programa Estatal
(800) 321-2808 (Operador del Estado de Washington para conectarse a la oficina regional más cercana a usted)
Sitio Web: www.wa.gov/ddd/index.html

DDD es una división de DSHS con seis regiones en el Estado de Washington. Se proporciona asistencia a personas con discapacidades de desarrollo y sus familias. Hay servicios disponibles para diversos niveles de ingresos. Los servicios incluyen administración de caso, intervención temprana, apoyo familiar, asistencia residencial y comunitaria, servicios médicos, acceso al empleo y a la comunidad.

Para obtener asistencia directa de DDD, vaya a su oficina regional y solicite servicios para su hijo (es posible que lo coloquen en lista de espera). Solicite una evaluación de la elegibilidad de su hijo para servicio. Indíqueles si necesita asistencia familiar, atención de alivio, cobertura médica u otros servicios.

Family Support Opportunity Program

Este programa forma parte de DSHS/División de Discapacidades del Desarrollo. Proporciona una amplia gama de servicios de ayuda para familias que se ocupan de niños con discapacidades. Llame a la oficina regional de DDD (consulte el número gratuito que figura anteriormente) para conectarse con Family Support Opportunity Program. La elegibilidad es en base a la situación de discapacidad de desarrollo de su hijo y no según sus ingresos. El programa ofrece una cantidad limitada de asistencia financiera para servicios de alivio y otros, guías comunitarias, renuncia al CAP y otros tipos de asistencia.

Infant Toddler Early Intervention Program (ITEIP)/Para niños desde el nacimiento hasta los 3 años
ITEIP forma parte de DSHS/DDD
(360) 902-8488
Para ubicar al FRC de su área local, llame al (800) 322-2588 (Línea Directa de Salud Familiar).
Sitio Web: www.dshs.wa.gov/iteip/iteip.html

Los programas ITEIP están disponibles a través del Coordinador de Recursos Familiares (FRC) de cada condado. Cualquier familia que esté preocupada acerca del desarrollo de su hijo (desde el nacimiento hasta los 3 años) puede llamar a un FRC para averiguar si su hijo puede obtener servicios de intervención temprana. Los FRC ayudan a las familias a encontrar información acerca de los servicios de información temprana, ver si los servicios son necesarios para su hijo, ayudarle a ponerse en contacto con los servicios comunitarios y coordinar los servicios que su hijo necesita.

Enfermeras de salud pública
(a nivel estatal, de distrito o condado)
(800) 525-0127 (Oficina para Asistencia de Salud del Consumidor)

Una enfermera de salud pública (PHN) ofrece ayuda a niños y sus familias, actúa como coordinadora de atención médica y trabaja con las familias para que puedan convertirse en sus propios administradores y defensores de recursos. Cualquier persona puede solicitar los servicios de una enfermera de salud pública, independientemente del tipo de plan de salud o nivel de ingresos que tenga.

Cada condado tiene un departamento de salud pública. Las enfermeras de salud pública y los servicios para familias varían de un condado a otro. Para los departamentos específicos de salud del condado, vea en su guía telefónica en las páginas blancas gubernamentales bajo los listados del condado para los Departamentos de Salud (Health Departments) o Distrtitos de Salud (Health Districts).

Centros de Neurodesarrollo (NDC) y Centros de Desarrollo
Llame a su proveedor de servicios médicos básicos
O bien, llame a ITEIP al (360) 902-8490.

Los centros de neurodesarrollo y los centros de desarrollo ofrecen programas y terapias para niños que tienen retrasos o discapacidades de desarrollo, incluyendo servicios importantes de intervención temprana.

Si su hijo está afiliado a Healthy Options o Basic Health Plus, Medicaid se hará cargo del pago por los servicios recibidos para algunos de los servicios de intervención temprana, pero sólo si los servicios se brindan en determinados centros. A veces, el plan de cuidado médico administrado pagará algunos servicios de intervención temprana y otras veces DSHS los cubre. Asegúrese de verificar con su plan de salud acerca de la forma en que se pagarán los servicios de su hijo.

Si usted está afiliado a un plan de cuidado médico administrado, necesitará una referencia del proveedor de servicios médicos básicos de su hijo para poder ir a un centro de desarrollo o neurodesarrollo.

Clínicas de Salud Comunitarias
Sitio Web: www.chs.hca.wa.gov/clinics.html

Las clínicas de salud comunitarias representan una red de centros de salud comunitarios y para inmigrantes, clínicas afiliadas a hospitales públicos y jurisdicciones de salud pública locales que proporcionan muchos servicios a poblaciones de bajos ingresos y/o especiales concentrándose en el cuidado médico u odontológico.

Para averiguar acerca de los centros de salud comunitarios de su zona llame al 1-800-322-2588 (Línea de Salud Familiar) y pregunte acerca de los centros de salud comunitarios o contratistas de servicios médicos básicos de la zona donde vive.

Programas de salud en la escuela - Oficina del Superintendente de Enseñanza Pública (OSPI)
360-753-6733
Sitio Web: www.k12.wa.us/HealthServices/default.aspx

INFORMACIÓN NACIONAL

Family Voices
(888) 835-5669
(505) 867-2368
Sitio Web: www.familyvoices.org

Family Voices es una red nacional de base popular de grupos de familias y amigos que defienden los intereses de los niños con necesidades especiales. Proporcionan información y materiales educativos a familias a través de una red de coordinadores en cada estado.

National Dissemination Center for Children and Youth with Disabilities (NICHY)
(800) 695-0285 (Voz/TTY)
Sitio Web: www.nichcy.org

NICHY es un centro nacional de información y referencia que proporciona información sobre discapacidades y problemas relacionados para niños desde el nacimiento hasta los 22 años. Usted puede obtener información acerca de temas relacionados con la discapacidad, respuestas personales a preguntas específicas, referencias a otras organizaciones y fuentes de ayuda. También puede usar la base de datos de recursos de NICHY en su sitio Web en Internet para encontrar la información que necesita.

National Organization of Rare Diseases (NORD)
(800) 999-6673
Sitio Web: www.rarediseases.org

Este es un centro de intercambio de informaciones que coordina información acerca de enfermedades y síndromes raros. NORD puede proporcionar información acerca de síntomas, causas y tratamientos de más de 1,100 enfermedades raras. (Una enfermedad rara es la que afecta a menos de 200,000 personas en los Estados Unidos.)

GRUPOS DE ENFERMEDADES O CONDICIONES ESPECÍFICAS

Hay muchas organizaciones que proporcionan apoyo e información acerca de condiciones o discapacidades específicas. Estas organizaciones pueden proporcionarle folletos y otros recursos. A veces pueden ofrecer asistencia financiera limitada para necesidades médicas o de transporte. Entre estas organizaciones se incluyen la United Cerebral Palsy Association (parálisis cerebral), The Autism Society (autismo), The Arc of Washington State (discapacidades del desarrollo) y muchas otras. También puede ponerse en contacto con grupos de apoyo para condiciones heredadas a través de Genetic Alliance, una alianza nacional de grupos de apoyo, llamando al (800) 336-4363 o a través de su sitio Web en www.geneticalliance.org

Puede encontrar los números telefónicos de grupos locales en la sección comercial de las Páginas Blancas o los Números de los Servicios Comunitarios en la parte delantera de las Páginas Blancas bajo el título Disability/Diseases (Discapacidad/Enfermedades). Asimismo, se puede encontrar los números telefónicos en las Páginas Amarillas bajo Associations-Health, Social Services (Asociaciones-Salud, Servicios Sociales).

SITIOS Web ADICIONALES EN INTERNET

Si no dispone de acceso a Internet en el hogar, muchas bibliotecas o escuelas públicas tienen computadoras que usted puede usar y personas que le ayudarán a dar inicio. Hay muchos sitios Web para niños con necesidades especiales de cuidado de la salud y sus familias. Algunos contienen información acerca de condiciones específicas. Otros ofrecen información actualizada acerca de programas y agencias. Algunos le ayudan a conectarse con otras familias o grupos de apoyo. Otros aún proporcionan información acerca de investigaciones o temas actuales.

Tenga cuidado al usar información de sitios Web en Internet: la calidad de la información varía. Verifique la fuente de la información y confirme lo que ha leído con los profesionales de cuidado de la salud.

Éstos son algunos sitios excelentes que usted puede visitar

Sitio Web Parent's Guide to the Internet (tutorial/guía de la Internet para padres)
www.ed.gov/pubs/parents/internet/message.html

Sitio Web Family Village (información y recursos)
www.familyvillage.wisc.edu

Recursos del Estado de Washington (información de contacto de las organizaciones para discapacidad infantil)
www.nichcy.org/stateshe/wa.htm

9 Glosario de términos útiles sobre el cuidado médico administrado

PALABRAS CLAVE

Es importante entender las palabras que se usan en el cuidado médico administrado para poder aprovechar al máximo los beneficios y obtener la atención que su hijo necesita. Éstos son algunos términos que se emplean en seguros y atención médica con sus significados para poder orientarse en el sistema, junto con sus versiones en inglés.

Apelación (Appeal)	Una apelación es una carta que se escribe para solicitar que un plan de salud cambie una decisión. Consulte el ejemplo de carta en la página 47 (consulte "Procedimiento para presentar un reclamo o una queja" en este glosario).
Beneficios o paquete de beneficios	Los servicios de salud cubiertos por un plan de salud o compañía de seguros de salud, bajo los términos del contrato del afiliado.
Índice de capitación	Monto que se le paga a un proveedor o plan de salud por servicios basado en un monto mensual o anual fijo por persona, independientemente de la cantidad de servicios que se utilicen.
Administrador de caso/coordinador de cuidado	Un miembro del personal de un plan de salud u otra entidad que ayuda a obtener, organizar y realizar un seguimiento de los servicios de salud para personas que tienen necesidades adicionales o complejas. Pregunte si hay un administrador de caso o coordinador de cuidado en su plan de salud u hospital.
Procedimiento para presentar un reclamo o una queja	Proceso en un plan de salud para que las personas usen cuando no están de acuerdo con una decisión con respecto a referencias, servicios, facturación u otras decisiones de la póliza.

Cuidado coordinado

Cuidado de la salud y servicios que se planifican y llevan a cabo entre un equipo de proveedores, entre ellos los doctores de servicios médicos básicos, especialistas y miembros de la familia. El cuidado coordinado se basa en la buena comunicación y en el trabajo conjunto para asegurarse de que se satisfagan todas las necesidades, que no haya intervalos en el servicio y que los mismos servicios no estén siendo suministrados por distintos proveedores ("duplicación de servicios").

Copago

El monto pagado por un afiliado de cuidado médico administrado por cada visita o por cada receta. El monto generalmente es de $5 o $10. En este momento, los afiliados de Healthy Options que están en cuidado médico administrado no abonan copagos.

Servicios cubiertos

Servicios que se enumeran en una póliza de salud y que un plan de salud acepta pagar y/o suministrar.

Deducible

El monto que usted debe pagar por servicios de salud antes de que pague el seguro. Generalmente es una característica de los planes de seguros de pago por servicios recibidos, que habitualmente no se usa en el cuidado médico administrado.

Retraso o discapacidad en el desarrollo

Destreza de desarrollo general o de cualquier tipo que presenta un nivel inferior a lo que generalmente se espera de los niños dentro de un mismo grupo de edad general. El retraso mental es un tipo de discapacidad del desarrollo.

Documentación

Registros escritos que se relacionan con el seguro y la atención médica de su familia. Es posible que necesite registros detallados para respaldar su caso si está en desacuerdo con la compañía aseguradora.

Equipo médico duradero (DME)

Equipo que se usa durante un tiempo prolongado y que no se desecha (sillas de ruedas, ventiladores, férulas, etc.). El equipo no duradero se desecha (guantes, catéteres, pañales, etc.).

Cuidado de emergencia

El cuidado inmediato que es necesario cuando alguien tiene una condición, enfermedad o lesión que pone en peligro su vida o que afecta su salud de forma significativa.

Aporte del empleador

El monto de dinero que un empleador (la empresa para la cual usted trabaja) le paga al plan de beneficios de salud para sus trabajadores.

Excepción a la póliza

Acuerdo de un plan de salud u organización de cuidado médico administrado para proporcionar y pagar un servicio, medicamento o método de tratamiento que no figura como beneficio cubierto. Es una buena idea hacer que las excepciones a la póliza figuren por escrito.

Exclusiones (también denominadas Limitaciones) A Un tratamiento o servicio que no está cubierto por una póliza, o que está cubierto para una cantidad limitada de consultas o durante un periodo de tiempo específico.

Explicación (de una denegación, límite o demora) La razón por la cual se rechaza una solicitud. Si usted pide una explicación de por qué se tomó una decisión, pida que se redacte por escrito en un lenguaje que pueda entender, que le indique específicamente qué parte de la póliza o de los beneficios no respaldan su solicitud y cómo puede apelar la decisión.

Cuidado centrado en la familia Cuidado de la salud que se concentra en la familia, sus fortalezas, necesidades y creencias. El cuidado centrado en la familia reconoce que los miembros de la familia son la "constante" en la vida de un niño y que son los mejores defensores del niño. En el cuidado centrado en la familia, se respeta a las familias y trabajan junto con los profesionales como un equipo.

Pago por servicios recibidos Una forma de cobertura de salud que requiere un pago por cada servicio, suministro, receta o pieza de equipo. El pago por servicios recibidos es muy distinto del cuidado médico administrado, en el que se realiza un pago fijo o se abona una prima fija ya sea que los servicios se usen o no.

Lista de medicamentos cubiertos Lista de medicamentos recetados aprobados cubiertos por los planes de salud. Una lista de medicamentos cubiertos puede incluir medicamentos genéricos (sin marca) en lugar de medicamentos de marca. Es posible que tenga que pagar todo o parte del costo si pide medicamentos que no figuran en la lista de medicamentos cubiertos.

Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) Un tipo de plan de cuidado médico administrado que exige que los afiliados reciban toda la atención de parte de doctores de su propia red. Una HMO ofrece una lista específica de servicios de salud por un honorario mensual fijo (índice de capitación) y a veces un honorario pequeño por cada consulta o servicio (copago).

Administración de Servicios de Salud y Recuperación (HRSA) La HRSA controla el programa de Medicaid en Washington, Healthy Options. Asimismo, administra el Programa Children's Health Insurance Program (CHIP) y otros programas de atención médica.

Healthy Options El programa de Medicaid de Washington, que proporciona cobertura de cuidado de la salud a familias de bajos ingresos, mujeres embarazadas y niños menores de 19 años que sean elegibles.

Cuidado médico administrado

Un sistema de cuidado de salud que funciona para controlar los costos médicos utilizando determinados proveedores, concentrándose en la salud y la prevención, evitando la duplicación y administrando el cuidado especializado y de rutina a través de un proveedor de servicios médicos básicos. En el cuidado médico administrado, las personas dentro de un plan se denominan afiliados (members). El pago por la mayoría de los servicios se realiza a través de primas mensuales y pequeños copagos en el momento de cada consulta, en lugar de un honorario por cada proveedor y cada servicio.

Organización del cuidado médico administrado

La corporación o empresa que administra un plan de cuidado médico administrado.

Representante de cuidado médico administrado

La persona de contacto de cada plan de cuidado médico administrado que puede proporcionarle un manual del afiliado, informe anual, copia de un boletín de noticias para afiliados recientes y los resultados de cualquier encuesta de satisfacción del cliente. Esta persona también puede ayudarle con algunas preguntas acerca de la cobertura de salud y los servicios dentro de un plan específico.

Medicaid

Programa federal que paga por los servicios de salud para determinados grupos de personas. El programa se financia con fondos federales y estatales. En Washington, está administrado por la Medical Assistance Administration (MAA) y el plan de cuidado médico administrado se denomina Healthy Options.

Médicamente necesario

Servicios que son necesarios para evitar daños al paciente o su calidad de vida. Un plan de salud puede tener un significado muy específico para este término. Averigüe cómo se define “necesidad médica” o servicios que sean “médicamente necesarios” en el plan de salud en el que desea inscribirse o al que ya pertenece..

Red de proveedores

La lista de proveedores de servicios básicos y especialistas que han celebrado acuerdos por escrito con un plan de salud.

Pagos por cuenta propia

Todos los gastos de salud que se deben pagar con su propio dinero, entre ellos deducibles, copagos y gastos no cubiertos por ningún plan de salud.

Pediátrico Relativo a los niños. Un especialista pediátrico es una persona que tiene amplia capacitación y experiencia en el cuidado de la salud de niños.

Plan de Salud de Punto de Servicio (POS) Un plan de salud que le permite elegir entre una red de proveedores o proveedores que no pertenecen a la red. Si usa proveedores de la red sus beneficios son mayores y sus pagos por cuenta propia son menores. Si selecciona proveedores que no pertenecen a la red, un plan de punto de servicio funciona como un plan de pago por servicios recibidos y es posible que tenga que presentar un reclamo y pagar una parte más grande del costo.

Organización de Proveedores Preferidos (PPO) Un tipo de cuidado médico administrado que cubre servicios que se reciben a través de la red de proveedores y que también le permite seleccionar proveedores que no pertenecen a la red si paga un copago más alto o una parte más grande del costo.

Proveedor de servicios médicos básicos (PCP) Proveedor de salud que trabaja junto con una familia o persona individual para tomar decisiones con respecto al cuidado y las referencias. Un PCP puede ser un doctor u otro profesional de salud. Es mejor intervenir de forma activa en la elección del PCP de su hijo en lugar de esperar a que le asignen uno.

Autorización previa Una forma de controlar los costos médicos solicitando que un servicio o medicamento sea aprobado antes de la consulta o compra en sí. Cada plan de salud tiene sus propias normas con respecto a cómo y cuándo se necesita autorización (aprobación) previa.

Comprador El empleador, estado, gobierno federal o persona que adquiere los beneficios contenidos en un seguro de salud o plan de cuidado médico administrado.

Referencia La orden por escrito que autoriza a un paciente a recibir cuidado de un especialista, terapeuta u hospital. La mayoría de las MCO requieren una referencia de parte del proveedor de servicios médicos básicos del afiliado y también una autorización previa de la MCO para que se pague la atención especializada.

Specialist Un doctor cuya capacitación se centra en un área en particular que excede la capacitación general exigida para todos los doctores.

Red secundaria Un grupo de proveedores dentro de una red que se han organizado y que pueden tener acuerdos adicionales o sus propias directrices acerca de los servicios y pagos.

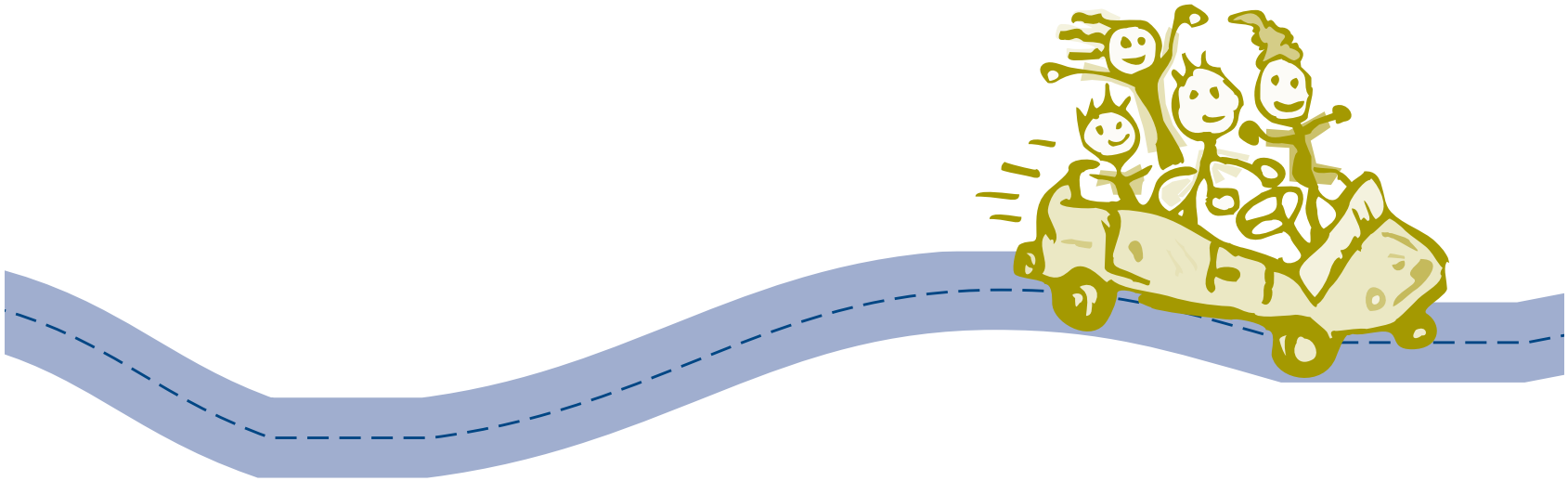
SIGLAS

Uno de los problemas a los cuales se puede enfrentar en el camino es la jerga que se usa a menudo en el cuidado de la salud. A continuación encontrará una lista de algunas de las siglas comunes del cuidado médico administrado y de entidades que se utilizan en Washington. Una sigla es una versión abreviada de un grupo de palabras. Por ejemplo, un proveedor de servicios médicos básicos a veces se denomina PCP (por "primary care provider").

ADA	Ley para Estadounidenses con Discapacidades
ARNP	Enfermera Titulada Especializada
CHDD	Centro de Desarrollo Humano y Discapacidades de la Universidad de Washington
CHIP	Programa de Seguro de Salud Infantil
CSHCN	Niños con necesidades especiales de cuidado de la salud
DD	Discapacidad del desarrollo o retraso en el desarrollo
DDD	División de Discapacidades del Desarrollo
DME	Equipo médico duradero
DO	Doctor en osteopatía
DOH	Departamento de Salud
DSHS	Departamento de Servicios Sociales y de Salud
EI	Intervención temprana
EPSDT	Detección, Diagnóstico, Tratamiento Oportuno y Periódicos

FRC	Coordinador de Recursos Familiares (desde el nacimiento hasta los tres años)
HMO	Organización de Mantenimiento de la Salud
HO	Healthy Options (Atención médica administrada de Medicaid)
HRSA	Administración de Servicios de Salud y Recuperación
IDEA	Ley de Educación para Personas con Discapacidades
ITEIP	Programa de Intervención Temprana para Bebés y Niños
MCO	Organización de Cuidado Médico Administrado
MCP	Plan de Cuidado Médico Administrado
MD	Doctor en Medicina
NP	Enfermera Titulada
OSPI	Oficina del Superintendente de Enseñanza Pública
PA	Asistente del doctor
PCP	Proveedor de servicios médicos básicos
PHN	Enfermera de salud pública
POS	Plan de salud de punto de servicio
PPO	Organización de Proveedores Preferidos

SSA	Administración del Seguro Social
SSI	Seguridad de Ingresos Suplementarios
TDD	Dispositivo de telecomunicaciones para sordos
TTY	Mecanismo de telecomunicaciones por escrito
(WAC) 388-538-110	El Código Administrativo de Washington 388-538-110 protege su derecho a seguir recibiendo servicios mientras apela una decisión
(WAC) 388-538-120	El Código Administrativo de Washington 388-538-120 le garantiza su derecho a obtener una segunda opinión.



Este manual está disponible en formatos alternativos a solicitud.
Revisado en mayo de 2008

Washington State Department of Health

Dear Colleague,

The Washington State Department of Health (DOH) provides print-ready files (PDFs) of health education materials. To ensure that the original quality of the piece is maintained, please read and follow the instructions below and the specifications included for professional printing.

- **Use the latest version**. DOH materials are developed using the most current information available, are checked for clinical accuracy, and are field tested with the intended audience to ensure they are clear and readable. DOH programs make periodic revisions to educational materials, so please check this web site to be sure you have the latest version. DOH assumes no responsibility for the use of this material or for any errors or omissions.

- **Do not alter**. We are providing this artwork with the understanding that it will be printed without alterations and copies will be free to the public. Do not edit the text or use illustrations or photographs for other purposes without first contacting us. Please do not alter or remove the DOH logo, publication number or revision date. If you want to use a part of this publication for other purposes, contact the Office of Health Promotion first.

- **For quality reproduction**: Low resolution PDF files are intended for black and white or color desktop printers. They work best if you are making only one or two copies. High resolution PDF files are intended for reproducing large quantities and are set up for use by professional offset print shops. The high resolution files also include detailed printing specifications. Please match them as closely as possible and insist on the best possible quality for all reproductions.

If you have questions, contact:
Office of Health Promotion
P.O. Box 47833 Olympia, WA 98504-7833
(360) 236-3736

Sincerely,
Health Education Resource Exchange Web Team