



Preguntas frecuentes: uso del seguro particular

Copagos, coaseguros y deducibles

¿Por qué se me pide utilizar el seguro de salud de mi hijo?

La sección 95004 de la Ley de Servicios de Intervención Temprana del Estado de California (*California Early Intervention Services Act*, CEISA) señala que los servicios directos se proporcionarán de conformidad con el sistema de centros regionales existente en virtud de la Ley Lanterman de Servicios para las Discapacidades del Desarrollo (*Lanterman Developmental Disabilities Services Act*), contenida en el Código de Previsión Social (*Welfare and Institutions Code*, WIC), y la sección 95004(b)(1) preceptúa que se utilizará el seguro de salud particular para los servicios médicos señalados en el Plan de Servicios Individualizado para la Familia (IFSP), a excepción de la evaluación y la valoración. Varios seguros de salud particulares consideran que muchos servicios de intervención temprana obligatorios son médicamente necesarios. La sección 4659(c) del Código de Previsión Social preceptúa que los centros regionales no comprarán ningún servicio que estaría disponible a través de un seguro particular.

¿Cuándo debería comenzar a acceder a los servicios de salud para mi hijo?

De inmediato. Debe investigar y acceder a los servicios de salud en tanto el centro regional está realizando las evaluaciones y las valoraciones para determinar si se reúnen los requisitos para recibir los servicios de Early Start. Es posible que se dupliquen las valoraciones entre el centro regional y su plan de salud para determinar las necesidades del desarrollo de su hijo. Si su hijo reúne los requisitos de Early Start, su coordinador de servicios revisará los beneficios de su plan de salud y las limitaciones de la cobertura en su Plan de Servicios Individualizado para la Familia (IFSP). La agencia de financiamiento principal para cada uno de los servicios requeridos se determinará e incluirá en su IFSP.

¿El centro regional ayuda con los copagos, el coaseguro y los deducibles?

Sí, desde el 01/JUL/2019, independientemente de cuáles sean sus ingresos, una familia es elegible para el reembolso de copagos, coaseguro y deducibles. Para los Servicios Conductuales (*Behavioral Services*) después de los 3 años de edad conforme a la Ley Lanterman (*Lanterman Act*), se deben satisfacer los siguientes requisitos de ingresos para calificar para el reembolso.

Antes del 01/JUL/2019, para el Servicio de Early Start **O** el Servicio de Salud Conductual continuo después de los 3 años conforme a la Ley Lanterman: las familias cuyo ingreso bruto anual sea menor al 400% del índice federal de pobreza (*federal poverty level*, FPL) satisfacen los requisitos para recibir reembolso de copagos/coaseguro y deducibles cuando el servicio lo suministre un proveedor que pertenezca a la red. Las familias cuyo ingreso anual supere el 400% del FPL pueden reunir los requisitos para el reembolso si se satisfacen los criterios de circunstancias extraordinarias: 1-La existencia de un evento extraordinario que afecte la capacidad del padre para satisfacer las necesidades de cuidado y supervisión del niño para ayudar a mantenerlo en casa o en el ambiente menos restrictivo o que afecte la capacidad del padre con un plan de servicio para el cuidado de la salud o una póliza de seguro de salud para pagar el copago o el coaseguro. 2-La existencia de pérdidas catastróficas que limiten temporalmente la capacidad del padre para pagar el plan de servicio para el cuidado de la salud o la póliza de seguro de salud y que generen un impacto económico directo en la familia. La pérdida catastrófica puede incluir, sin limitarse a, desastres naturales y accidentes que impliquen lesiones mayores a un miembro de la familia inmediata. 3-Costos médicos significativos no reembolsados relacionados con el cuidado del cliente o de otro niño que también sea cliente del centro regional.

¿Qué información debo suministrar a mi coordinador de servicios?

- 1) Explicación de cobertura (*Explanation of Coverage*, EOC): Esta es necesaria si su hijo tiene seguro particular y recibirá terapia ocupacional (OT), fisioterapia (PT) o terapia del habla (ST) continua. Usted puede obtenerla de la mayoría de las compañías de seguro, para lo que debe llamar a su compañía aseguradora o descargarla de su sitio web. También se conoce como: *Resumen de beneficios*, resumen del plan

- 2) **Información de ingresos (formulario de impuestos federales 1040), si aplica:** La primera página de su formulario de impuestos federales solo es necesaria si usted está solicitando al centro regional financiamiento o reembolso del deducible o del copago/coaseguro. Es fundamental que proporcione la información lo más pronto posible para limitar sus costos. Este documento declara el número de dependientes, así como el ingreso bruto anual, y se usa para determinar si usted reúne los criterios de elegibilidad. Es posible que existan situaciones en que se requiera información adicional.
- 3) **Carta de la familia:** Solo es necesaria si el ingreso de su familia excede el 400% del FPL y considera que satisface una de las tres excepciones que contempla la ley. No hay una política de dificultades financieras. Solo existen tres excepciones en la legislación en que el centro regional puede pagar copagos, coaseguro o deducibles.

¿Qué pasa si no quiero presentar la documentación de mi seguro de salud?

Se requiere la información de su seguro de salud. El centro regional puede financiar servicios de intervención temprana (OT, PT o ST) para dar a su familia la oportunidad de que proporcione la información requerida y acceda a los servicios de salud. Se enviará una Notificación de Acción (*Notice of Action*, NOA) dentro de los 30 días de la fecha de finalización del servicio si la familia decide no solicitar la cobertura del seguro.

¿Cuál es la diferencia entre una Explicación de la Cobertura (EOC) y Explicación de los Beneficios (EOB)?

La Explicación de la Cobertura (EOC) es un resumen de todos los beneficios que su compañía de seguro cubre. Documenta los montos deducibles, el copago/coaseguro, las categorías de cobertura y lo que no cubre, y muestra los límites de la cobertura. Este documento de resumen también le muestra cuál es el deducible familiar en comparación con el individual (solo necesita cumplir con el deducible individual para el niño elegible para Early Start). Esto no se relaciona con una consulta médica real.

La Explicación de los Beneficios (EOB) es un resumen de los cargos que han tenido lugar por una consulta con un médico o un proveedor de atención médica. Indica cuál es el costo de la consulta y la responsabilidad del paciente respecto de esta. Se le envía una copia por correo a usted y una copia a su médico o proveedor de atención médica. También se puede conocer como Lista de Beneficios (*Schedule of Benefits*) en algunos planes de salud.