



Entender su Seguro Médico

Cómo Navegar por su Cobertura de Seguro

Cuando su niño tiene una necesidad de atención a la salud especial, un retraso en el desarrollo o una discapacidad, es importante entender su cobertura de seguro. Le recomendamos obtener más información sobre los beneficios de su seguro de salud y sobre el modo en que puede utilizarse su seguro para poder financiar el programa de intervención temprana de su niño. Usted puede usar la *Hoja de Verificación del Seguro* que se adjunta con sugerencias más detalladas a fin de reunir esta información para compartir con su Coordinador de Recursos Familiares (FRC, por sus siglas en inglés) y con el Equipo de Intervención Temprana.

Infórmese sobre su plan

Informarse sobre su cobertura le ayudará a tomar las mejores decisiones para satisfacer las necesidades de su niño. Su plan de seguro contiene una Descripción Resumida del Plan, un documento que resume su cobertura y proporciona orientación sobre cómo encontrar proveedores que acepten su seguro y/o estén en su red. Dependiendo de su empleador y del proveedor del seguro, este puede ser un documento impreso o información que usted puede leer en línea. Para encontrar la información sobre su plan, comuníquese con el departamento de relaciones humanas de su empleador o con el número de información de servicios para miembros que aparece en su tarjeta del seguro.

Preguntas generales que debe hacer sobre su plan

Más allá de los aspectos básicos de saber qué cubre su plan, es importante informarse sobre las reglas requeridas para la cobertura:

- ¿Requiere su plan una referencia de su médico o de otro proveedor de servicios para consultar a un especialista?
- ¿Requiere su plan una referencia para consultar a un terapeuta/programa específico que proporciona servicios de intervención temprana (p. ej., fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta del habla, nutricionista)?
- ¿Cómo obtiene una referencia? ¿Visita al consultorio? ¿Notificación anticipada? ¿Otro?
- ¿Cuántas consultas terapéuticas cubre mi plan en un año? ¿Requiere una renovación la referencia? ¿Puede obtener aprobación para recibir más consultas por teléfono o debe programar otra visita con el médico de atención primaria?
- ¿Qué citas, exámenes y procedimientos requieren autorización previa? ¿Puede el médico obtener autorización previa o debe usted comunicarse con su plan de salud directamente?
- ¿Debe utilizar solamente proveedores que han aceptado estar cubiertos por el plan (proveedores dentro de la red)?
- Si también puede consultar médicos u otros proveedores de servicios médicos que no forman parte de su plan (cobertura fuera de la red), ¿qué reglas tiene el plan para consultar a estos médicos o a otros proveedores de servicios? ¿Cuánto le costará usar un proveedor fuera de la red?
- ¿Puede consultar a un médico o a otro proveedor de servicios que no están incluidos en la red de su plan en caso de emergencia o cuando esté viajando? En ese caso, ¿cuál será el costo para usted?

Medicamento necesario

Incluso si usted sabe qué beneficios cubrirá su plan de salud y cómo funciona la facturación, igual podría tener problemas para que se cubran los servicios de intervención temprana de su niño. "Medicamento necesario" es el término que las compañías de seguro utilizan para determinar la necesidad médica de un tratamiento o procedimiento particular. Esta definición se usa como factor determinante del pago por el tratamiento y los procedimientos que su niño puede llegar a necesitar. Siempre debe buscar la definición

de “médicamente necesario” de su plan; toda definición de necesidad médica deja lugar a interpretación. Si debe demostrar necesidad médica, su Proveedor de Atención Primaria, u otro proveedor médico que solicite el servicio, puede escribir una carta.

Apelar un rechazo

Si su plan de salud no ha pagado un servicio o no aceptará un servicio de antemano, usted tiene la opción de apelar la decisión del plan de salud. Si bien es posible que su FRC o proveedor de servicios pueda trabajar con usted y su plan de salud para obtener información acerca del motivo por el que el seguro no paga el servicio, usted es responsable de iniciar una apelación. La información en el proceso de apelaciones para su plan de salud se encuentra en la Evidencia de Cobertura. El proceso de apelaciones para un plan de salud variará de un plan de salud a otro, por lo que debería familiarizarse con el proceso al mismo tiempo que revisa su cobertura. La Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de su plan le informará si un servicio está cubierto o no. Su plan de salud no está obligado a cubrir todos los servicios para su niño, y usted debería verificar primero el folleto de Evidencia de Cobertura para cerciorarse de que su plan cubre el servicio rechazado. En general, pueden tomarse las siguientes medidas:

- Si cree que el servicio ha sido rechazado por error, usted puede comunicarse con su plan por teléfono para analizar su EOB. Este es un proceso de revisión informal. Asegúrese de obtener el resultado de una revisión informal por escrito, ya que no podrá apelar una llamada telefónica.
 - Lleve un registro de cada llamada telefónica a su plan con el nombre de la persona con la que habló y notas de la conversación. Si el representante del plan de salud le volverá a llamar para proporcionarle información, asegúrese de averiguar cuándo puede esperar razonablemente una respuesta e informe al plan de salud si no se vuelve a comunicar con usted.
- Si su representante de servicio al cliente le informa que su plan no cubrirá un servicio, puede presentar un reclamo de cobertura de todos modos. Necesitará el rechazo por escrito si desea seguir adelante con una apelación formal.
 - Si decide presentar una apelación formal, debe hacerse por escrito.
 - Es posible que su plan de salud tenga un formulario de apelaciones.
 - De lo contrario, la Evidencia de Cobertura describirá el proceso de apelación.
 - Siempre conserve una copia de su apelación por escrito.
- En una apelación, cuente con que deberá proporcionar la siguiente información
 - Su nombre, dirección y número de teléfono
 - Su número de identificación de miembro o el número de Seguro Social
 - Copias de los formularios de Explicación de Beneficios (EOB) y el nombre y formulario de facturación de su proveedor
 - Descripción del servicio o procedimiento que desea que se cubra
 - Información que respalde por qué el servicio debe cubrirse

Es posible que usted tenga que presentar su apelación dentro de un plazo específico. Las apelaciones presentadas fuera del plazo permitido no se tomarán en cuenta por el plan de salud. En algunos casos, el plan puede tener un procedimiento especial para casos urgentes.

Para obtener más información sobre las reglamentaciones del seguro en el estado de Washington, llame a la Línea Directa del Consumidor del Seguro al 1-800-562-6900.

Para obtener más información sobre el financiamiento de la atención a la salud para niños que tienen una necesidad de atención a la salud especial, un retraso en el desarrollo o una discapacidad, llame a *Family Voices* del estado de Washington al 1-800-5-PARENT.

Hoja de Verificación del Seguro

Nombre del niño: _____ Nombre del padre/la madre: _____
Fecha de nacimiento del niño: _____ Diagnóstico del niño: _____
Médico que realiza la referencia _____

Información del seguro: *Por favor, llame a su Compañía de Seguros y complete este formulario lo mejor que pueda. Esta información resulta muy útil si usted no está familiarizado con su cobertura.*

Nombre del seguro: _____ Teléfono: _____
Dirección para reclamos: _____
Nombre del asegurado: _____ N.º de ID: _____
N.º de Plan/Grupo: _____ Fecha de vigencia de la póliza: _____

Cuando usted llame, asegúrese de escribir el nombre de la persona con la que hable como referencia en el futuro.

Persona de contacto: _____ Fecha y hora de la llamada: _____

Diga: "Estoy llamando para aclarar mis beneficios y cobertura para mis beneficios de desarrollo neurológico". (Le pedirán su N.º de ID de miembro) Haga las preguntas que necesite para completar toda la información. La información incompleta requerirá otra llamada telefónica.

¿Se encuentra mi terapeuta/Programa EI, _____, en la Lista de Proveedores Participantes?

Si el terapeuta/Programa EI de su elección NO se encuentra en su red, haga las siguientes preguntas:
"¿Me permite mi póliza elegir mi propio terapeuta?" _____

"¿Puedo recurrir a alguien fuera de mi red o de la lista de proveedores?" (En ese caso, "¿Es mi cobertura diferente, y cuál es la diferencia que debo pagar? ¿Me facturarán la diferencia?")

Luego pregunte: "¿Cuál es mi...?":

Copago: _____ % o \$ _____ /sesión.

¿Se pagan el copago o coaseguro por día o por terapia? _____ Por ejemplo, si su niño consulta a un terapeuta ocupacional (OT) y del habla y usted tiene un copago de \$15, adeudará \$15 por terapia, lo que totaliza \$30, o solo \$15 por día, independientemente de cuántas terapias realice.

¿Deducible? ___ No ___ Sí Monto del deducible \$ _____ /¿familiar o individual?

¿Deducible por año calendario? ___ Sí ___ No Mes en que comienza el deducible: _____

¿Se ha alcanzado algún deducible para este año? No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto? _____

Cuáles son las fechas para mi año de beneficios _____ hasta _____

¿Cuál es el monto máximo de mis gastos de desembolso? _____

¿Cuál es mi máximo de por vida? \$ _____ ¿Cuánto se ha alcanzado hasta la fecha? \$ _____

¿Es el máximo de por vida por familia o por persona? _____

¿Cuántas consultas están permitidas por año por terapia? (consulte sobre todas las terapias —Terapia Ocupacional (OT), Fisioterapia (PT) y Terapia del Habla— incluso si su niño solo necesita una para no tener que volver a llamar en el futuro.) _____ consultas por OT, _____ por PT, _____ por Terapia del Habla

¿Algún beneficio utilizado hasta la fecha? ____ Sí ____ No Si la respuesta es sí, explicar: _____

¿Se necesita la autorización previa de mi Proveedor de Atención Primaria? ____ Sí ____ No

¿Se requiere la autorización previa de mi Proveedor de Atención Primaria para servicios específicos como OT, PT y Terapia del Habla? ____ Sí ____ No

¿Se necesita una prescripción de mi Proveedor de Atención Primaria? ____ Sí ____ No

¿Se requiere una prescripción de mi Proveedor de Atención Primaria para servicios especiales como OT, PT y Terapia del Habla? ____ Sí ____ No

Si la respuesta es sí, pregunte qué necesitan (p. ej., registros médicos, prescripción, evaluación, carta de necesidad médica, etc.) a fin de autorizar previamente las consultas o de darle una prescripción:

Cuántas sesiones cubre la autorización/prescripción: _____

Qué períodos cubrirá la autorización/prescripción: _____ hasta _____

¿Podemos obtener la aprobación de más consultas una vez que hayamos agotado las que teníamos?
____ Sí ____ No

¿Están cubiertos los siguientes códigos?

Terapia	Código	Sí	No

¿Tiene mi póliza cláusulas de exclusión, como por ejemplo, “la terapia solo se cubrirá si el déficit se debe a un accidente, enfermedad o lesión”? ____ Sí ____ No

Si la respuesta es sí, cuál es la cláusula: _____

¿A qué dirección envía sus reclamos? _____

***Si tiene una póliza de seguro secundaria, complete también otro de estos formularios para ese seguro.

Si tiene una Cuenta de Ahorros para la Salud u otro tipo de cuenta que paga los servicios médicamente necesarios, hable con su proveedor de servicios acerca de cómo pueden utilizarse estos beneficios para los servicios de intervención temprana.