

Comprender su seguro médico

Navegar su cobertura de seguro

Cuando su hijo tiene una necesidad especial de atención médica, un retraso en el desarrollo o una discapacidad, es importante comprender la cobertura de su seguro. Lo alentamos a obtener más información sobre los beneficios de su seguro médico y cómo se puede usar el seguro para contribuir con el financiamiento del programa de intervención temprana de su hijo. Puede usar la planilla de verificación de seguro adjunta con consejos más detallados para recopilar esta información y compartirla con su Family Resources Coordinator (coordinador de Recursos Familiares, FRC) y el equipo de intervención temprana.



Conozca su plan

Conocer su cobertura lo ayudará a tomar las mejores decisiones para satisfacer las necesidades de su hijo. Su plan de seguro tiene una descripción resumida del plan, un documento que resume su cobertura y brinda orientación sobre cómo encontrar proveedores que acepten su seguro o estén en su red. Según su empleador y el proveedor de seguros, este puede ser un documento en papel o información que puede leer en línea. Para encontrar la información sobre su plan, comuníquese con el departamento de relaciones humanas de su empleador o consulte la información de servicios para miembros que figura en su tarjeta de seguro.

Preguntas generales para hacer sobre su plan

Más allá de los conceptos básicos de conocer lo que cubre su plan, es importante conocer las normas requeridas para la cobertura:

- ¿Su plan requiere una derivación de su médico u otro proveedor de servicios para ver a un especialista?
- ¿Su plan requiere una derivación para ver a un terapeuta/ programa específico que brinde servicios de intervención temprana (es decir, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta del habla, nutricionista)?

- ¿Cómo se obtiene una derivación? ¿Es necesaria la visita a la oficina? ¿Recibirá un aviso con anticipación? ¿Otros?
- ¿Cuántas visitas de terapia cubre mi plan en un año? ¿La derivación requiere renovación? ¿Puede obtener aprobación para más visitas por teléfono o necesita programar otra visita con el médico de atención primaria?
- ¿Qué citas, pruebas y procedimientos requieren autorización previa? ¿Puede el médico obtener la autorización previa o necesita comunicarse directamente con su plan de salud?
- ¿Está obligado a usar solo proveedores que hayan aceptado estar cubiertos por el plan (proveedores dentro de la red)?
- Si también puede consultar médicos u otros proveedores de servicios médicos que no son parte de su plan (cobertura fuera de la red), ¿qué normas tiene el plan para consultar a estos médicos u otros proveedores de servicios? ¿Cuánto le costará usar un proveedor fuera de la red?
- ¿Puede ver a un médico u otro proveedor de servicios que no esté en la red de su plan en caso de emergencia o cuando viaja? Si es así, ¿cuál será el costo para usted?

Contacto:

Department of Children, Youth & Families Early Support for Infants and Toddlers (Programa de Apoyo Temprano para Bebés y Niños Pequeños del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias)
PO Box 40970 Olympia, Washington 98504-0970 | esit@dcyf.wa.gov
www.dcyf.wa.gov/services/child-development-supports/esit



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Médicamente necesario

Incluso si sabe qué beneficios cubrirá su plan de salud y cómo funciona la facturación, aún puede tener problemas para obtener la cobertura de los servicios de intervención temprana de su hijo. “Médicamente necesario” es el término que usan las compañías de seguros para determinar la necesidad médica de un tratamiento o procedimiento en particular. Esta definición se utiliza como factor determinante del pago del tratamiento y los procedimientos que su hijo pueda necesitar.

Siempre debe buscar la definición de necesidad médica en su plan; cualquier definición de necesidad médica deja espacio para la interpretación. Si necesita probar la necesidad médica, su proveedor de atención primaria u otro proveedor médico puede escribir una carta solicitando el servicio.

Apelar una denegación

Si su plan de salud no ha pagado por un servicio o no está de acuerdo con anticipación para cubrir un servicio, tiene la opción de apelar la decisión del plan de salud. Si bien su FRC o proveedor de servicios puede trabajar con usted y su plan de salud para obtener información sobre el motivo por el que el seguro no paga el servicio, es su responsabilidad iniciar una apelación. La información sobre el proceso de apelación de su plan de salud se encuentra en la Evidencia de cobertura. El proceso de apelación de un plan de salud variará según el plan de salud; por ello, debe familiarizarse con el proceso al mismo tiempo que revisa su cobertura. El formulario de Explanation of Benefits (Explicación de beneficios, EOB) de su plan le indicará si un servicio está cubierto o no. Su plan de salud no tiene que cubrir todos los servicios para su hijo y primero debe consultar el folleto de Evidencia de cobertura para asegurarse de que su plan cubra el servicio denegado. En general, se pueden seguir los siguientes pasos:

- Si cree que el servicio ha sido denegado por error, puede comunicarse con su plan por teléfono para analizar su EOB. Este es un proceso de revisión informal. Asegúrese de obtener por escrito el resultado de una revisión informal, ya que no puede apelar una llamada telefónica.
 - Mantenga 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 se comunica con usted con información, asegúrese de averiguar cuándo puede esperar razonablemente una respuesta y realice un seguimiento con el plan de salud si no ha recibido una respuesta.

- Si su representante de servicio al cliente dice que su plan no cubrirá un servicio, aún puede presentar un reclamo de cobertura. Necesitará la denegación por escrito si desea continuar con una apelación formal.



- Si decide presentar una apelación formal, debe hacerlo por escrito.
 - Su plan de salud puede tener un formulario de apelación.
 - Si no lo tiene, la Evidencia de cobertura describirá el proceso de apelación.
 - Guarde siempre una copia de su apelación por escrito.
- Espere proporcionar la siguiente información en una apelación.
 - Su nombre, dirección postal y número de teléfono.
 - Su número de identificación de miembro o Social Security number (número de Seguro Social).
 - Copias de los formularios de Explanation of Benefits (Explicación de beneficios, EOB) y el nombre de su proveedor y el formulario de facturación.
 - Descripción del servicio o de los procedimientos que desea cubrir.
 - Información que respalde el motivo por el que el servicio debe estar cubierto.

Es posible que deba presentar su apelación dentro de un período de tiempo específico. Las apelaciones presentadas fuera del período de tiempo permitido no serán consideradas por el plan de salud. En algunos casos, el plan puede tener un procedimiento especial para casos urgentes.

Para obtener más información sobre las regulaciones de seguros en el estado de Washington, llame a la línea directa para consumidores de seguros al 1-800-562-6900.

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

Planilla de verificación de seguro

Nombre del niño: _____ Nombre del padre/de la madre: _____

Fecha de nacimiento del niño (DOB): _____ Diagnóstico del niño: _____

Nombre del médico que hace la derivación: _____

Información del seguro: *llame a su compañía de seguros y complete este formulario lo mejor que pueda. Esta es información muy útil si no está familiarizado con su cobertura.*

Nombre del seguro: _____ Teléfono: _____

Dirección de los reclamos: _____

Nombre de la persona asegurada: _____ ID #: _____

N.º de plan/grupo: _____ Fecha de entrada en vigor de la póliza: _____

Cuando llame, asegúrese de anotar el nombre de la persona con la que hable para futuras referencias.

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

Diga: "Llamo para aclarar mis beneficios y cobertura para los beneficios de desarrollo neurológico". (Le pedirán su ID # de miembro). Haga suficientes preguntas para completar toda la información. La información incompleta requerirá otra llamada telefónica.

¿Está mi terapeuta/Programa de EI, _____ en la Lista de proveedores participantes?

Si su terapeuta/Programa de EI de elección NO está en su red, entonces haga estas preguntas:

"¿Mi póliza me permite elegir mi propio terapeuta?" _____

"¿Puedo salir de mi red o de la lista de proveedores?" (Si es así, "¿Mi cobertura es diferente y cuál es la diferencia? ¿Me cobrarán la diferencia?")

Luego pregunte: "¿Cuál es mi":

Copago: _____ % o \$ _____ /sesión. ¿El copago o coseguro es por día ☐ o por terapia? ☐

Por ejemplo, si su hijo asiste a OT y del habla y usted tiene un copago de \$15, ¿debe \$15 por terapia que suma \$30 o solo \$15 por día, independientemente de cuántas terapias se realicen?

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

¿Deducible por año calendario? ☐ Sí ☐ No El deducible mensual comienza: _____

¿Se ha alcanzado algún deducible para este año? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿cuánto? _____

¿Cuáles son las fechas para mi año de beneficios?: _____ a _____

¿Cuál es mi gasto máximo de bolsillo? _____

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

¿El máximo de por vida es por familia o por persona? _____

¿Cuántas visitas se permiten por año, por terapia (pregunte por todas las terapias: Occupational Therapy (terapia ocupacional, OT), Physical Therapy (terapia física, PT), y Speech Therapy (terapia del habla, ST) incluso si su hijo solo necesita una, para que no tenga que llamar de nuevo en el futuro)? _____

visitas para OT, _____ para PT, _____ para terapia del habla.

¿Algún beneficio utilizado hasta la fecha? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique: _____

¿Se necesita una autorización previa de mi proveedor de atención primaria? ☐ Sí ☐ No

¿Se requiere una autorización previa de mi proveedor de atención primaria para servicios específicos como OT, PT y terapia del habla?
☐ Sí ☐ No

¿Se necesita una receta médica de mi proveedor de atención primaria? ☐ Sí ☐ No

¿Se requiere una receta médica de mi proveedor de atención primaria para servicios especiales como OT, PT y terapia del habla? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, pregunte qué necesitan (es decir, registros médicos, recetas médicas, evaluación, carta de necesidad médica, etc.)
para autorizar previamente visitas o darle una receta médica: _____

¿Cuántas sesiones cubre la autorización/receta médica?: _____

¿Qué períodos de tiempo cubrirá la autorización/receta médica?: _____ a _____

¿Podemos obtener más visitas aprobadas una vez que hayamos agotado las visitas? ☐ Sí ☐ No

¿Están cubiertos los siguientes códigos?

Terapia	Código	Si	No

¿Mi póliza tiene cláusulas de exclusión como “la terapia solo estará cubierta si el déficit se debe a un accidente, enfermedad o lesión”? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuál es la cláusula?: _____

¿A qué dirección envía sus reclamos? _____

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

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 sobre cómo se pueden usar estos beneficios para los servicios de intervención temprana.