

# ACCESO A LA TECNOLOGÍA FACILITANTE

## Capítulo 10

### Medi-Cal

**De un manual de 17 capítulos  
Disponibile por capítulo y en forma de manual**

**Tercera edición, revisada en 2007**

**REDACTADO POR:**

**PROTECTION AND ADVOCACY, INC. (PAI)**

Derechos de autor © 1995 por PAI

**Preparado con fondos suministrados a través de subvenciones estatales para la protección y la defensa relacionados al Programa de tecnología facilitante sustentado con fondos de la Administración de Servicios de Rehabilitación, Departamento de Educación de EE.UU., subvención n° H343A070005B.**

**Estos materiales se basan en las leyes y en las decisiones de la corte vigentes al momento de la publicación. La ley federal y estatal puede cambiar en cualquier momento.** Si existen dudas acerca de la vigencia de la información de este manual, comuníquese con PAI o con un recurso legal dentro de su comunidad.

***PROTECTION AND ADVOCACY, INC. (PAI)***, es una institución privada sin fines de lucro que protege los derechos legales, civiles y de los servicios de los habitantes de California con discapacidades. PAI brinda una gran variedad de servicios de defensa que incluyen información y referidos, asistencia técnica y representación directa. Para obtener información o asistencia por un problema urgente, llame a:

# PAI

**Llamada gratuita: (800) 776-5746**

De 9:00 a.m. a 5:00 p.m. – De lunes a viernes

**Oficina en el área de Sacramento**

100 Howe Ave., Suite 235-N

Sacramento, CA 95825

Sección legal: (916) 488-9950  
Administración: (916) 488-9955

TTY: (800) 719-5798

**Oficina en el área de San Diego**

1111 Sixth Ave., Suite 200

San Diego CA 92101

(619) 239-7861

TTY: (800) 576-9269

**Oficina en el área de Los Ángeles**

3580 Wilshire Blvd., Suite 902

Los Ángeles, CA 90010

Teléfono - (213) 427-8747

TTY: (800) 781-4546

**Oficina en el área de Oakland**

1330 Broadway, Suite 500

Oakland, CA 94612

Teléfono - (510) 267-1200

TTY: (800) 649-0154

PAI recibe financiamiento bajo la Ley de Asistencia a las Personas con Discapacidades de Desarrollo y Declaración de derechos (DD Act), la Ley de

Protección y Defensa de las Personas con Enfermedad Mental, la Ley de Protección y Defensa de los Derechos de las Personas, y la Ley de Tecnología Facilitante de 1998. Cualquier opinión, hallazgo, recomendación o conclusión expresados en esta publicación son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan la opinión de las instituciones que financian a PAI.

# **ACCESO A LA TECNOLOGÍA FACILITANTE**

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>Capítulo 1</b>	<b>Introducción e información general</b>
<b>Chapter 2</b>	<b>Destrezas de defensa</b>
<b>Capítulo 3</b>	<b>Planes de salud previsionales privados</b>
<b>Capítulo 4</b>	<b>Centros regionales</b>
<b>Capítulo 5</b>	<b>Servicios para niños de California</b>
<b>Capítulo 6</b>	<b>Acomodo razonable en el trabajo</b>
<b>Capítulo 7</b>	<b>Rehabilitación profesional (incluye los programas de préstamo)</b>
<b>Capítulo 8</b>	<b>Incentivos laborales de seguro social</b>
<b>Capítulo 9</b>	<b>Educación especial</b>
<b>Capítulo 10</b>	<b>Medi-Cal</b>
<b>Capítulo 11</b>	<b>Medicare</b>
<b>Capítulo 12</b>	<b>Administración de veteranos</b>
<b>Capítulo 13</b>	<b>Derecho a la tecnología facilitante en entidades públicas</b>
<b>Capítulo 14</b>	<b>Derecho a la tecnología facilitante en empresas privadas</b>
<b>Capítulo 15</b>	<b>Derecho a la tecnología facilitante en educación superior</b>
<b>Capítulo 16</b>	<b>Las protecciones de la Ley del limón para compradores de tecnología facilitante</b>

## **Capítulo 17    Guía de recursos (con tabla de contenido)**

(Página en blanco)

# ACCESO A LA TECNOLOGÍA FACILITANTE

## Capítulo 10

### MEDI-CAL

#### TABLA DE CONTENIDO

<b>Pregunta</b>	<b>Págin</b>
<b>a</b>	
1. ¿Cuáles son los programas Medi-Cal disponibles para personas con discapacidades?.....	1
2. ¿Qué servicios presta Medi-Cal?.....	11
3. ¿Es verdad que hay servicios extras para los menores que están en Medi-Cal? .....	12
4. ¿Qué tipos de servicios no están disponibles bajo el servicio regular de Medi-Cal pero sí están disponibles con EPSDT?.....	13
5. ¿Cómo puedo obtener autorización de Medi-Cal para los servicios de tratamiento o diagnóstico de EPSDT?.....	13
6. ¿Cuál es el criterio de necesidad médica de EPSDT? .....	14
7. ¿Qué considera Medi-Cal como medicamento necesario para el programa Medi-Cal regular (que no es EPSDT)?.....	14
8. Hemos hablado de los criterios de necesidad médica para adultos y para menores (EPSDT). ¿Hay otros criterios que debo conocer? .....	15
9. ¿Cómo puedo obtener una autorización previa para un servicio médico o un dispositivo de asistencia?.....	16
10. ¿Qué sucede una vez que la solicitud de autorización de tratamiento y otra documentación se presenta a Medi-Cal? .....	17
11. ¿Qué son los equipos médicos duraderos o DME? .....	18
12. ¿Qué son los aparatos protésicos y ortopédicos?.....	19

13. ¿California tiene una lista exclusiva de equipos médicos duraderos que están cubiertos? .....	19
14. ¿Cuándo no es necesario contar con una autorización previa? .....	19
15. Aparte de cumplir el criterio de necesidad médica aplicable, ¿qué más debo tener en cuenta? .....	20
16. ¿Cuáles son algunas de las limitaciones que Medi-Cal pone en los suministros médicos y equipos médicos duraderos?.....	21
17. ¿Cuándo proporciona Medi-Cal una silla de ruedas eléctrica o liviana? .....	21
18. ¿Me proporcionará Medi-Cal equipos médicos duraderos si vivo en una casa de enfermería especializada o casa de cuidados intermedios?.....	22
19. ¿Medi-Cal se hace cargo de las modificaciones en la vivienda?.....	24
20. ¿Paga Medi-Cal los dispositivos de autoayuda que necesito para realizar las actividades de la vida diaria? .....	24
21. ¿Pagará Medi-Cal los dispositivos de comunicaciones alternativa y aumentativa (AAC)? .....	25
22. ¿Cuáles son los problemas especiales con los que se enfrentan las personas que son elegibles para Medicare y Medi-Cal? .....	26
23. Tengo Medicare y Medi-Cal. ¿Por qué Medi-Cal no se quiere hacer cargo del 20% que no paga Medicare?.....	27
24. ¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con Medi-Cal?.....	27
25. ¿Qué acciones puedo desafiar en una audiencia imparcial?.....	28
26. ¿Qué puedo hacer si Medi-Cal niega un dispositivo o servicio que mi médico me recetó porque no es un servicio cubierto?.....	28
27. ¿Cómo presento una petición para una audiencia imparcial? .....	29
28. ¿Cuánto tiempo tengo para presentar una petición para una audiencia imparcial?.....	30
29. ¿Qué sucede con mis beneficios de Medi-Cal durante el proceso de apelaciones? .....	30
30. ¿Qué sucede con mis derechos si estoy en el cuidado administrado de Medi-Cal? .....	31
31. ¿Cómo me preparo para una audiencia imparcial?.....	32

ANEXO DEL CAPÍTULO 10 .....	33
Para revisar el expediente y la autoridad de Medi-Cal .....	34
Carta de ejemplo .....	34

(Página en blanco)

## Capítulo 10

### MEDI-CAL

Medicaid, conocido como “Medi-Cal” en California, es un programa financiado tanto por el estado como por el gobierno federal. Paga los servicios, medicamentos, equipos médicos duraderos (DME) y suministros médicos para tratamientos médicamente necesarios. Cubre a las personas con discapacidades que cumplen las pautas básicas en cuanto a los recursos e ingresos. Como condición para que California reciba fondos federales de Medicaid para su programa Medi-Cal, California debe cumplir con los requisitos federales de Medicaid.

Probablemente este capítulo le parecerá el más complejo y confuso de este manual. No está solo. Los jueces federales también piensan que el sistema de Medicaid es muy difícil de comprender. Un tribunal de apelaciones afirmó que los reglamentos de Medicaid eran “casi ininteligibles para aquel que no se encuentre familiarizado con los mismos”. *Friedman v. Berger*, 547 F.2d 724, 727, n. 7 (2nd Cir. 1976). El tribunal de primera instancia en el mismo caso opinó que los reglamentos de Medicaid eran “una agresión con agravantes a la lengua inglesa, resistentes a todo intento de comprensión”. *Friedman v. Berger*, 409 F.Supp. 1226, 1226 (S.D.N.Y., 1976).

Medi-Cal es un mundo poblado de personas “Pickle”, “Pseudo-Pickle DAC” y “QMB” (Quimbies). La mayor parte de la complejidad reside en las reglas de elegibilidad. Si ya reúne los requisitos para Medi-Cal<sup>1</sup>, tiene esa parte resuelta. Ahora puede concentrarse en si el dispositivo de tecnología que necesita es un beneficio del programa Medi-Cal. Pero primero, hablaremos sobre los programas Medi-Cal disponibles para las personas con discapacidades.

#### **Programas**

#### **1. ¿Cuáles son los programas Medi-Cal disponibles para personas con discapacidades?**

Existe una serie de programas disponibles para personas con discapacidades. Puede cumplir los requisitos automáticamente si es elegible para un programa

---

<sup>1</sup> Consulte el manual Overview of Medi-Cal System en <http://healthconsumer.org/Medi-CalOverview.pdf> para ver la información acerca de los requisitos de Medi-Cal.

“vinculado” como SSI (ingreso de seguro suplemental) o si reúne un grupo de factores aparte. Según la manera en que usted califique, Medi-Cal puede hacerse cargo de toda su atención médica, una parte de su atención, o sólo parte de otra fuente de atención.

**Ingreso de seguro suplemental (SSI) y Sección (§) 1619b:** Usted obtiene Medi-Cal automáticamente si recibe un ingreso de seguro suplemental regular. Además, si perdió sus beneficios de ingreso en efectivo de seguro suplemental *a causa de sus ganancias*, puede cumplir los requisitos para Medi-Cal conforme al programa § 1619b.

El programa § 1619(b) proporciona beneficios si su ingreso es demasiado alto para beneficios en efectivo, pero está por debajo del nivel de ingresos que suspenderían su condición de SSI. Bajo el programa § 1619(b), se considera que usted es beneficiario del ingreso de seguro suplemental. Obtiene los beneficios (como Medi-Cal) que tendría si estuviera recibiendo un ingreso de seguro suplemental regular. Puede tener derecho a los beneficios de §1619(b) si su ingreso bruto no supera la cantidad mínima establecida.<sup>2</sup>

**Programas de renuncia:** El Home and Community-Based Waiver (HCBW, Renuncia para servicios en el hogar y la comunidad) es un mecanismo que permite al estado, con aprobación federal, apuntar a servicios extras en el domicilio de las personas que de otra manera calificarían para una colocación en un casa de cuidado a largo plazo financiada por Medi-Cal. Hay una serie de programas que renuncian a los requisitos federales de atribuir los ingresos y recursos de un padre a un menor y de un cónyuge a otro. A veces esto se denomina atribución institucional, porque con la renuncia la elegibilidad financiera para Medi-Cal se determina utilizando las reglas de atribución que se aplican cuando el menor o el cónyuge está en un centro

---

<sup>2</sup> 42 U.S.C. §1382h. En 2007 la cantidad mínima para el destinatario de un ingreso de seguro suplemental excepto para las personas no videntes es de \$32,920. Para las personas no videntes, la cantidad mínima es de \$34,480. Consulte POMS SI 02302.200 en donde encontrará un gráfico con las cantidades mínimas de 2007 para todos los estados, además de una explicación de cómo se calculan las cantidades mínimas. NOTA: La cantidad mínima *puede* incrementarse con los fondos que se apartan a través de un plan para lograr la auto manutención (PASS), gastos de trabajo relacionados con el impedimento (IRWE), gastos de trabajo de una persona no vidente (BWE) o con los costos de atención y costos médicos que superan el promedio del estado. Hable con su representante de Seguro Social si desea incrementar su cantidad mínima.

médico.<sup>3</sup> Estas renunciaciones permiten al menor y al cónyuge cumplir los requisitos para recibir Medi-Cal con alcance completo *sin considerar (atribuir)* el ingreso de un padre o cónyuge:

- La renuncia para los afiliados con discapacidades de desarrollo en centros regionales que cumplirían los requisitos para la colocación en un centro de salud ICF/DD (ICF/DD, ICF/DD-H, ICF/DD-N). Comuníquese con el centro regional para obtener más información acerca de esta renuncia;
- La renuncia para personas que cumplirían los requisitos para una colocación en una casa de enfermería de nivel A o B, adulto o pediátrico, nivel de cuidado hospitalario para enfermedades subagudas o agudas (llamado: La renuncia de casa de enfermería/hospital para enfermedades agudas [NF/AH] vigente 1/1/07);
- La renuncia de personas que se inscribieron ininterrumpidamente en un In-Home Operations (IHO, operaciones en el hogar)- administrada HCBW desde antes de 1/1/02 y
  - recibir y seguir recibiendo cuidado principalmente de parte de

---

<sup>3</sup> Si un menor está en una casa de cuidado a largo plazo financiada por Medi-Cal, el ingreso y los recursos de los padres no cuentan porque Medi-Cal, como el SSI, sólo cuenta el ingreso y los recursos de los padres *si* el menor está viviendo con los padres. 22 C.C.R. §50351(b)(4).

Si un cónyuge está en una casa de cuidado a largo plazo y el cónyuge en la comunidad no está en Medi-Cal, el ingreso del cónyuge en la casa se cuenta de dos maneras: Primero, sólo cuente el ingreso que llega a nombre del cónyuge en la casa de cuidado y no cuente el ingreso que recibe el cónyuge en la comunidad. Segundo, combine el ingreso que reciben ambos cónyuges con la cuota de costo determinada por la cantidad en que el ingreso supera la asignación para necesidades personales de \$35 del cónyuge en la casa de cuidados más la asignación para necesidades de mantenimiento mensual mínima (MMMMA) de \$2,541 (cifra de 2007) para el cónyuge en la comunidad sin dependientes. Los recursos exentos incluyen \$2,000 para el cónyuge en la casa de cuidado y \$101,640 para el cónyuge en la comunidad. La asignación por cónyuge y la MMMNA aumentan todos los años. Consulte: El sitio web de los California Advocates for Nursing Home Reform (Defensores para la Reforma de Casas de Enfermería en California) en <http://www.canhr.org/index.html> si desea más información.

una enfermera autorizada o haber recibido cuidado continuo en un hospital para enfermedades agudas durante más de 36 meses; y

- recibir cuidado directo ordenado por un médico que supere el nivel de atención de la renuncia NF/AH (llamada: la renuncia de Operaciones en el hogar, con vigencia 1/1/07);
- La renuncia para personas débiles mayores de 65 años de edad que presta servicios de manejo integral de casos y otros servicios (llamada: el programa de Servicios Múltiples para Ancianos o MSSP);<sup>4</sup> y
- La renuncia para personas con VIH cuyo recuento de células T *en cualquier momento* esté por debajo de 500 y donde la infección de VIH complica el tratamiento o evolución clínica de otra enfermedad, o el SIDA.<sup>5</sup>

Para solicitar una renuncia de establecimiento de enfermería/hospital para enfermedades agudas [NF/AH] o la renuncia de Operaciones en el hogar, comuníquese con el Departamento de Servicios de Salud de California, Operaciones en el hogar al (916) 552-9151.

**Programa Pickle:** Puede resultar elegible para Medi-Cal sin abonar parte del costo con el programa Pickle si:

- Recibió SSI (Título XVI) además de los beneficios del Seguro Social para personas con discapacidades en cualquier momento después de abril de 1977; y

---

<sup>4</sup> Si desea más información sobre la renuncia a MSSP, consulte

<http://www.aging.ca.gov/html/programs/mssp.html> o llame al (800) 510-2020. Para encontrar un centro de servicio en su zona, consulte

[http://www.aging.ca.gov/html/programs/mssp\\_contacts.html](http://www.aging.ca.gov/html/programs/mssp_contacts.html).

<sup>5</sup> Si desea más información, consulte:

<http://www.dhs.ca.gov/aids/Programs/ProgramFactSheets/2383MCWP070105.pdf>

Consulte también:

<http://www.dhs.ca.gov/mcs/mcpd/RDB/DPU/Links/Office%20of%20AIDS%20MEDI.doc> y la publicación de PAI: <http://www.pai-ca.org/pubs/543501.htm>.

- Ya no puede recibir SSI porque los incrementos del costo de vida en sus beneficios de Seguro Social fueron mayores a los incrementos en SSI, de modo que su beneficio de Seguro Social ahora es demasiado elevado para que usted cumpla los requisitos de SSI; y
- Cumple todos los requisitos de elegibilidad de SSI menos el del ingreso.<sup>6</sup>

**Con necesidades médicas/indigente:** Puede recibir Medi-Cal para personas con necesidades médicas si cumple con los estándares de recursos y otros criterios de elegibilidad para SSI o el AFDC (Asistencia para familias con niños necesitados) anterior, pero su ingreso es demasiado alto. Incluye a las personas que de otra manera cumplirían los requisitos para SSI sobre la base de la edad, ceguera o discapacidad. Con frecuencia, debe abonar una *parte del costo*<sup>7</sup> (pago obligatorio) por los servicios y los equipos.<sup>8</sup>

Debe cubrir su parte del costo todos los meses antes de que Medi-Cal comience a pagar. Puede cubrir su parte del costo abonando, o aceptando abonar, los productos y servicios médicos.

Puede cubrir su parte del costo si paga los servicios o artículos que Medi-Cal cubre o no cubre. Por ejemplo, puede pagar una terapia ocupacional, que Medi-Cal no cubriría: (1) bajo los criterios estrictos de necesidad médica; o (2) bajo el límite de servicios de dos visitas al mes. Otro ejemplo son los medicamentos y suministros disponibles sin receta que ordenó su médico. Pida a su médico que redacte la

---

<sup>6</sup> En nuestra opinión, los ingresos ganados no harían perder el derecho a una persona de pertenecer al programa “Pickle” a menos que sus ingresos ganados fueran suficientes en sí mismos para que ésta pierda su derecho a recibir SSI bajo el programa 1619b. Esto se debe a que sin los aumentos intermedios del Título II Costo de vida (COLA), la persona no cumpliría los requisitos para continuar con su condición de beneficiario de SSI y Medi-Cal bajo el programa de Seguro Social 1619(b), 42 U.S.C. § 1382h. Consulte <http://healthconsumer.org/cs020Pickle.pdf> para más información.

<sup>7</sup> Consulte: <http://www.healthconsumer.org/Medi-CalOverview.pdf>, Capítulo 5, donde encontrará una explicación de las partes del costo.

<sup>8</sup> Consulte <http://healthconsumer.org/cs044ABD-MN.pdf> para más información. Si se ha establecido que usted es elegible para Medi-Cal pero debe abonar una parte del costo, siempre compruebe si sería elegible para Medi-Cal bajo uno de los programas federales de nivel de pobreza para personas con discapacidades.

orden en un recetario. Pague el artículo en la ventanilla de la farmacia de modo que lo que usted pagó pueda descontarse de su parte del costo.

Puede cubrir su parte del costo si abona la totalidad o parte de una factura médica anterior. Puede usar una factura solamente una vez. Sin embargo, si la factura supera la parte del costo que le corresponde, puede trasladar el excedente a otros meses. Es decir, puede pagar parte de lo que debe en un mes, y otra parte de lo que debe en el próximo mes.

Puede utilizar facturas médicas de otros familiares no elegibles para cumplir con su parte del costo si no están sujetos a pagos de parte de un tercero.<sup>9</sup> Por ejemplo, en una familia donde los hijos son elegibles pero no los padres, las facturas médicas de los padres se podrán utilizar para disminuir la parte del costo que les corresponde.<sup>10</sup>

Cuando se encuentra en un establecimiento de enfermería, puede utilizar su parte del costo para pagar servicios y equipos que no sean el establecimiento de enfermería. Los servicios o equipos deben formar parte del plan de cuidado que ordenó su médico.<sup>11</sup> Por ejemplo, puede cumplir con su parte del costo si paga en cuotas una silla de ruedas que necesita en lugar de intentar que Medi-Cal la pague directamente.

Además, cumple con su parte del costo si incurre en una obligación de pagar. No interesa si después un pariente, un amigo, o el centro regional paga la factura. Si el centro regional le reembolsa su parte del costo de Medi-Cal, no hay consecuencias que afecten los ingresos. Esto es ayuda con fondos estatales basada en la necesidad, que para Medi-Cal no cuenta como ingreso. Sin embargo, si su pariente o amigo le da dinero en lugar de pagar la factura directamente, debe contar ese dinero como ingreso.

**Persona adulta con discapacidades desde la niñez (DAC)<sup>12</sup>:** Puede tener derecho a Medi-Cal sin tener que abonar una parte del costo bajo un programa especial para

---

<sup>9</sup> 42 C.F.R. §435.831(b).

<sup>10</sup> Consulte además <http://healthconsumer.org/brochures.htm#share> para obtener más información sobre cómo cubrir su parte del costo.

<sup>11</sup> *Johnson v. Rank*, Case No. 84-5979-SC, sentencia por convenio 11/22/85, modificación efectiva 10/1/89, E.D.Cal., CCH MEDICARE AND MEDICAID GUIDE New Dev. ¶ 35,026; DHS ACWDL Mp/ 90-54 (7/24/89).

<sup>12</sup> 42 U.S.C. §1383c(c).

personas que reciben los beneficios de Seguro Social de Persona adulta con discapacidades desde la niñez (DAC) si:

- Recibió SSI en julio de 1987 o después de esta fecha; y
- Primero cumplió con los requisitos para recibir los beneficios del Título II de DAC, o para un aumento en los beneficios DAC el 1 de junio de 1987 o después de esta fecha, y sus beneficios DAC se incrementaron de manera que ya no puede recibir una SSI; y
- Sería elegible ahora para recibir SSI pero para (a) los beneficios de Título II de DAC que comenzó a recibir en julio de 1987 o después de esa fecha o (b) los incrementos en sus beneficios de Título II de DAC que recibió en julio de 1987 o después de esa fecha.

Las personas en esta categoría se denominan *pseudo-Pickle DAC*, aunque parezca increíble.

**Viudos(as) con discapacidades/Jubilación anticipada<sup>13</sup>:** Si se encuentra en esta categoría, y era elegible para SSI inmediatamente antes de recibir los beneficios por viudez del Seguro Social, puede recibir Medi-Cal siempre que:

- No sea elegible para Medicare Parte A (consulte el Capítulo 11 de este manual);
- Estuvo recibiendo SSI hasta el momento en que comenzaron sus beneficios por viudez; y
- Excepto por los beneficios por viudez, ahora sería elegible para SSI.

**Programa federal para personas ancianas y con discapacidades en nivel de pobreza (A&D FPL)<sup>14</sup>:** Las personas con discapacidades, incluidos niños y personas mayores, pueden cumplir los requisitos de este programa si sus ingresos contables no superan el 100% del nivel federal de pobreza (FPL) más \$230.<sup>15</sup> En

---

<sup>13</sup> 42 U.S.C. §1382c(d). Consulte además 20 C.F.R. §404.335 para ver las reglas de elegibilidad.

<sup>14</sup> Welf. & Inst. Code §14005.40. Este programa comenzó a regir en enero de 2001. Al determinar la elegibilidad para Medi-Cal bajo este programa, Medi-Cal no cuenta el incremento en el costo de vida de Seguro Social hasta abril, cuando entran en vigencia los nuevos niveles federales de pobreza. La elegibilidad para este programa federal de nivel de pobreza se determina antes de cualquier deducción de la prima de Medicare. Si alguien reúne los requisitos para el programa, Medi-Cal paga la prima de Medicare.

<sup>15</sup> Para las parejas, la elegibilidad es del 100% del nivel federal de pobreza más

2007, esta cifra es igual a \$1,081 para una persona o \$1,502 para un matrimonio que solicite el servicio. Todo gasto en efectivo para abonar las primas de salud, visión o dental se deducen al determinar el ingreso contable. Para este programa, como para el resto de los programas Federales de nivel de pobreza, es necesario cumplir los requisitos; de lo contrario, no se podrán recibir los beneficios. No es posible deducir ingresos en exceso ni gastos médicos para resultar elegible.<sup>16</sup>

**El programa para trabajadores con discapacidades al 250%:** Las personas cuyo ingreso contable se encuentre en el 250% o menos del Nivel federal de pobreza (en 2007 esto significa \$2,042 para una persona y \$2,750 para una pareja que solicite el servicio) pueden, si reúnen otros criterios, pagar una pequeña prima mensual para recibir Medi-Cal con alcance completo. Este programa exceptúa las cuentas de jubilación como recurso y no considera ninguna forma de ingreso de personas con discapacidades cuando llega a su ingreso contable.<sup>17</sup>

La elegibilidad según los programas del nivel federal de pobreza (FPL) se basa en el monto del ingreso contable en comparación con el nivel federal de pobreza aplicable. El gobierno federal publica el nivel federal de pobreza anual alrededor de febrero de cada año. El programa de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Salud (DHCS) publicará un documento denominado Carta a los directores de beneficencias de todos los condados (ACWDL) de principios a mediados de marzo que establece los nuevos niveles federales de pobreza del año que por lo general entran en vigencia a partir del primero de abril.<sup>18</sup>

**Programas especiales de Medi-Cal.** Medi-Cal tiene programas especiales en caso de que necesite:

- diálisis de riñón o hiperalimentación parenteral (nutrición intravenosa), pero aparte de eso no cumple los requisitos para Medi-

---

\$310 o la tarifa SSI/SSP de la pareja, lo que sea mayor. Welf. & Inst. Code § 14005.40(c)(1). Si un integrante de la pareja tiene una necesidad en especial de Medi-Cal, ese integrante puede solicitar el servicio en forma independiente.

<sup>16</sup> Consulte <http://healthconsumer.org/cs029AgedDisabled.pdf>. para más información.

<sup>17</sup> Consulte <http://healthconsumer.org/cs032WorkingDisabled.pdf> para más información.

<sup>18</sup> Los ACWDL del DHCS pueden encontrarse en:  
<http://www.dhs.ca.gov/mcs/mcpd/MEB/ACLs/default.htm>.

Cal.<sup>19</sup>

En cualquiera de los programas debe pagar un monto equivalente al 2% de su valor anual no exento o al 1% de su valor anual no exento si trabaja. El programa de diálisis exige que tenga una enfermedad que sea elegible para SSI. El programa de hiperalimentación parenteral no tiene esta exigencia.

Además, hay otros programas, a saber:

- Para personas que tienen tuberculosis.<sup>20</sup> Puede solicitar este programa a través de una clínica que ofrece tratamiento para la tuberculosis; y
- Para el tratamiento de cáncer de mama y cáncer de cuello uterino.<sup>21</sup>

**Programas relacionados con Medicare.** Si califica para Medicare, Medi-Cal tiene programas que lo ayudan a pagar sus primas de Medicare.

- **Beneficiarios que son elegibles para Medicare (QMB o Quimbies):** Con este programa, Medi-Cal abonará las primas de Medicare Parte A o Parte B, y los deducibles y coseguros que exige Medicare. Podrá resultar elegible para QMB si:
  - Es elegible para la Parte A (incluso si no está inscrito);
  - Sus recursos son \$4,000 o menos (\$6,000 o menos para una pareja);
  - Sus ingresos mensuales contables familiares no superan el 100% del nivel federal de pobreza (\$851 por mes para una persona y \$1,141 para las parejas); y
  - Cumple todos los demás requisitos de Medi-Cal

Al momento de calcular los ingresos contables para saber si cumple con los requisitos como QMB, tiene deducciones para los hijos y el cónyuge no elegible del mismo modo en que los tendría en SSI.

- **Beneficiarios especificados como de bajos ingresos por Medicare o SLMB:** Medi-Cal abonará su prima de Medicare Parte B si:

---

<sup>19</sup> Welf. & Inst. Code §§14140 a 14144.5. 22 C.C.R. §§ 50801-50831

<sup>20</sup> Welf. & Inst. Code § 14005.20.

<sup>21</sup> Consulte <http://www.dhs.ca.gov/mcs/mcpd/MEB/BCCTP/default.htm> para obtener información.

- Es elegible para la Parte A (incluso si no está inscrito);
- Su ingreso mensual contable está entre el 100% y el 120% del nivel federal de pobreza (\$ 1,021 para una persona y \$1,369 para una pareja);
- Sus recursos son \$4,000 o menos (\$6,000 o menos para una pareja); y
- Cumple todos los demás requisitos de Medi-Cal
- **Programa para personas que resulten elegibles (QI-1) y Q2:** Este programa abonará las primas de Medicare Parte B si:
  - Usted es elegible para Medicare Parte B;
  - Posee ingresos contables menores al 135% del nivel federal de pobreza (\$1,149 por mes para una persona y \$1,541 para las parejas);
  - Posee bienes en el límite o por debajo de éste (\$4,000 para una persona, \$6,000 para parejas); y
  - Cumple todos los demás requisitos de elegibilidad de Medi-Cal

Según el programa QI-2, Medi-Cal le otorgará una muy pequeña parte de su prima de la Parte B si su ingreso contable está por debajo del 175% del nivel federal de pobreza.

- **Trabajador con discapacidades que resulte elegible (QDWI)**

Este programa para las primas de Medicare Parte A está destinado a los beneficiarios de SSDI que perdieron su Medicare Parte A a causa de sus ganancias. Para resultar elegible usted debe:

- Ser menor de 65 años de edad;
- Ser elegible para Medicare Parte A únicamente;
- Tener un ingreso del 200% o menos del nivel federal de pobreza (\$1,702 para una persona y \$2,282 para parejas);
- Poseer bienes en el límite o por debajo de éste (\$4,000 para una persona, \$6,000 para parejas); y
- Cumplir todos los demás requisitos de elegibilidad Medi-Cal

## **Servicios, autorización previa y necesidad médica**

### **2. ¿Qué servicios presta Medi-Cal?**

La ley federal estipula que Medi-Cal preste ciertos servicios. Estos servicios incluyen:

- Servicios de médicos;
- Cuidado de paciente hospitalizado;
- Cuidado de paciente ambulatorio;
- Servicios de laboratorio y radiografías;\*
- Servicios de un establecimiento de enfermería especializada para personas mayores de 21 años de edad;\*
- Servicios de atención a domicilio para personas mayores de 21 años de edad;\*<sup>22</sup>
- Servicios de clínicas médicas rurales; y
- Servicios de pruebas de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) para menores de 21 años de edad.

California ha optado por proporcionar otros servicios. Una vez que ha aceptado proporcionarlos, California debe hacerlo conforme a las leyes y reglamentos federales. Entre los servicios no obligatorios, que son muy importantes para la prestación de tecnología facilitante, se encuentran:

- Servicios de rehabilitación;\*
- Terapia física;\*
- Terapia ocupacional;\*
- Terapia del habla;\*
- Audiología;\*
- Servicios que prestan los establecimientos de cuidado intermedio para personas con discapacidades en el desarrollo;\*
- Hemodiálisis;\*
- Servicios odontológicos de reconstitución y diagnóstico, esenciales y de emergencia;\*

---

<sup>22</sup> Incluye insumos médicos, equipos y aparatos.

- Servicios de cuidado médico a domicilio;\*
- Dispositivos protésicos y ortopédicos, y anteojos;\*
- Audífonos;\*
- Equipos médicos duraderos (DME);\*
- Suministros médicos; y
- Traslado al consultorio del médico y a otros servicios médicamente necesarios que estén cubiertos.\*

Con algunas excepciones (detalladas a continuación) la persona que le proporciona los servicios debe obtener la aprobación de Medi-Cal antes de prestar los servicios “\*”. Para obtener la aprobación, la persona que le proporciona los servicios debe completar una *Solicitud de autorización de tratamiento* (TAR, por sus siglas en inglés) y presentarla ante Medi-Cal junto con la documentación correspondiente, que incluye una carta de justificación médica (necesidad médica) de un profesional sanitario.<sup>23</sup> Luego Medi-Cal tiene 30 días calendario para aprobar o rechazar la solicitud. Si Medi-Cal no aprueba ni rechaza la solicitud, o pide más información dentro de los 30 días, la ley estipula que la solicitud de autorización de tratamiento *debe ser aprobada*.<sup>24</sup>

Medi-Cal coloca la tecnología facilitante en una serie de categorías. Por ejemplo, puede denominarse suministros médicos, equipo médico duradero o prótesis. Con frecuencia Medi-Cal establece “controles de utilización”, o límites, en sus servicios. Por ejemplo, Medi-Cal limita las consultas de fisioterapia y terapia ocupacional a dos por mes.

### **3. ¿Es verdad que hay servicios extras para los menores que están en Medi-Cal?**

Sí. El programa EPSDT (Servicios de pruebas de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento para menores de 21 años de edad) es un requisito federal de Medicaid. Es el programa de Medicaid/Medi-Cal para menores de 21 años. Los estados deben cumplir con los requisitos del programa EPSDT para recibir dinero federal de Medicaid. EPSDT no limita los servicios de Medi-Cal como lo hace el programa para adultos. Esto significa que los destinatarios de EPSDT pueden,

---

<sup>23</sup> El criterio de necesidad médica será diferente para los menores de 21 años de edad, adultos y personas que viven en casas de cuidado a largo plazo. Se aprobarán los equipos médicos duraderos y otros servicios (siempre que se cumplan otros criterios) sólo si cumple el criterio aplicable de necesidad médica. Los criterios se esbozan a continuación.

<sup>24</sup> Welf. & Inst. Code § 14103.6.

sobre la base de la necesidad médica, recibir más beneficios que los adultos.

El programa está dividido en dos partes: (1) prueba de detección y (2) diagnóstico y tratamiento. Los servicios de pruebas de detección incluyen pruebas periódicas (como exámenes físicos, análisis de plomo en sangre, evaluaciones del desarrollo, etc.) y pruebas de detección periódicas (como visitas al médico para evaluaciones de seguimiento).<sup>25</sup> En California, Medi-Cal a menudo proporciona evaluaciones periódicas bajo el programa de Salud infantil y prevención de discapacidades (CHDP).<sup>26</sup>

EPSDT establece que deben proporcionarse los servicios que una prueba de detección determina como necesarios. Normalmente, los estados tienen la opción de no cubrir ciertos servicios en su plan estatal. Sin embargo, con EPSDT, los estados deben cubrir todos los servicios opcionales.<sup>27</sup>

#### **4. ¿Qué tipos de servicios no están disponibles bajo el servicio regular de Medi-Cal pero sí están disponibles con EPSDT?**

EPSDT incluye servicios más allá de los límites de consultas o tratamiento que establece el servicio Medi-Cal regular. Por ejemplo, Medi-Cal permite sólo dos consultas de fisioterapia por mes para un adulto, pero ese límite no se aplica a los menores de edad. Aunque Medi-Cal cubre sólo consultas breves en sus servicios de atención a domicilio, los menores cuentan con el servicio de enfermería de turno y otros servicios. Además, los menores gozan de los servicios de control del comportamiento en el hogar, asesores de comportamiento y enfermeras de atención privada, servicios que no están disponibles para los adultos. EPSDT puede exigir que Medi-Cal preste servicios en ambientes menos restrictivos y más naturales cuando el médico a cargo lo cree médicamente necesario, aun si Medi-Cal normalmente proporciona estos servicios únicamente en instituciones. También la tecnología debe estar disponible con más facilidad con el programa EPSDT.

#### **5. ¿Cómo puedo obtener autorización de Medi-Cal para los servicios de tratamiento o diagnóstico de EPSDT?**

---

<sup>25</sup> 42 U.S.C. § 1396d(r)(1)(A).

<sup>26</sup> Para los menores de bajos ingresos que no reúnen los requisitos para Medi-Cal, las evaluaciones, pruebas y servicios de tratamiento de seguimiento se financian con la recaudación del impuesto al tabaco de la Propuesta 99. Health & Safety Code §§ 124025-124110.

<sup>27</sup> 42 U.S.C. §1396d(r)(5).

Su solicitud de autorización de tratamiento (TAR) para EPSDT *debe* decir expresamente que usted la está presentando de conformidad con EPSDT e incluir la siguiente información:

- Diagnóstico primario y otros diagnósticos importantes;
- Prognosis;
- Fecha del comienzo de la enfermedad, y origen si se conoce;
- Impedimento producido por la enfermedad;
- Tipos específicos de servicios que va a proporcionar cada disciplina con la receta del médico, si corresponde;
- Las metas que debe lograr cada servicio y el tiempo previsto para lograr dichas metas;
- El grado hasta el cual se habían provisto anteriormente los servicios de salud para tratar la enfermedad y los resultados; y
- Cualquier otra documentación necesaria para demostrar la necesidad de recibir los servicios.

Recomendamos que cualquier documentación de la solicitud de autorización de tratamiento incluya encabezamientos que mantengan un registro de estas categorías. Se encuentran en el reglamento 22 C.C.R. §51340(d).

## **6. ¿Cuál es el criterio de necesidad médica de EPSDT?**

La definición de necesidad médica para EPSDT es más amplia que la definición de Medi-Cal regular para adultos. Los menores elegibles para Medi-Cal tienen derecho a “*atención sanitaria necesaria, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas... para corregir o mejorar defectos y enfermedades mentales y físicas que se descubran por medio de pruebas de detección, ya sea que estas pruebas estén o no cubiertas bajo el plan estatal*”.<sup>28</sup>

## **7. ¿Qué considera Medi-Cal como medicamento necesario para el programa Medi-Cal regular (que no es EPSDT)?**

La ley estatal define como medicamento necesarios a aquellos servicios, medicamentos, suministros y dispositivos necesarios para “*proteger la vida, prevenir enfermedades importantes o aliviar el dolor agudo*”.<sup>29</sup> Los servicios

---

<sup>28</sup> 42 USC §1396d(r)(5); 22 C.C.R. §§51340(e), 51184(b).

<sup>29</sup> Welf. & Inst. Codes §§14059.5, 14133.3.

médicamente necesarios incluyen rehabilitación y otros servicios necesarios para alcanzar o retener la capacidad de una actividad normal, independencia o cuidado de uno mismo. Medi-Cal no pagará tratamientos, medicamentos ni dispositivos que considere *experimentales*.<sup>30</sup> Medi-Cal cubrirá, con autorización previa, los servicios que son investigativos, siempre que cumplan los criterios en 22 C.C.R.<sup>31</sup> Lo que parezca “investigativo” puede no serlo. Si el tratamiento es en general aceptado por los profesionales sanitarios que tratan la discapacidad, entonces no es “investigativo”.

Los tribunales federales han determinado que el médico que lo trata debe ser la principal persona en decidir el tema de necesidad médica, no el personal de Medi-Cal ni los asesores médicos de Medi-Cal. La jurisprudencia privilegia al médico que indica el tratamiento para determinar la necesidad médica, pero Medi-Cal puede analizar las recomendaciones del médico. *Weaver v. Reagan*, 886 F.2d 194, 200 (8th Cir. 1989); *Pinneke v. Preisser*, 623 F.2d 546, 550 (8th Cir. 1980). Es posible que necesite ir a una audiencia para retar una denegación.

**8. Hemos hablado de los criterios de necesidad médica para adultos y para menores (EPSDT). ¿Hay otros criterios que debo conocer?**

Sí.

---

<sup>30</sup> 22 C.C.R. §51303(g).

<sup>31</sup> Los criterios de los reglamentos incluyen la demostración de que los tratamientos convencionales no serán adecuados para tratar la enfermedad ni para prevenir el progreso de la discapacidad o la muerte prematura, que la persona que presta el servicio tiene un registro de seguridad y logros, y que hay una expectativa razonable de que el servicio de investigación prolongue significativamente la vida o mantenga o recupere una variedad de funciones físicas y sociales.

Sin embargo, si cumple los requisitos de alguna otra manera para el cuidado como paciente internado, el tratamiento de “nuevas drogas de investigación, ensayos clínicos y otros servicios de investigación o auxiliares... no se interpretará en sí mismo como parte de un protocolo de estudio de investigación y no constituirá prueba suficiente para la negación”. Welf. & Inst. §14137.8.

Para las personas con SIDA, ARC o que son VIH positivas, Medi-Cal cubre los medicamentos clasificados por la Administración de Alimentos y Drogas, o el Departamento de Servicios de Salud del Estado como Nueva droga de investigación. Welf. & Inst. § 14137.6.

**Las personas que viven en casas de cuidado a largo plazo:** La ley federal establece que las personas que están en casas de cuidado a largo plazo<sup>32</sup> tienen derecho a “*el cuidado y los servicios necesarios para lograr o mantener el mayor bienestar físico, mental y psicosocial practicable de acuerdo con la evaluación integral del plan de cuidado*”.<sup>33</sup> Este criterio es más amplio que el criterio de médicamente necesario para adultos de California.

**Medi-Medis:** Las personas que son elegibles para Medicare y Medi-Cal, denominadas Medi-Medis, pueden usar los criterios de Medicare para la necesidad médica. Medicare define la necesidad médica de manera más amplia que Medi-Cal. Por ejemplo, Medi-Cal pagará una cirugía de cataratas por pérdida de visión en un ojo sólo si ambos ojos están afectados; Medicare pagará la cirugía de cataratas para recuperar la vista aun cuando sólo un ojo esté afectado.

**Menores con derecho doble (CCS y Medi-Cal):** Los menores que están cubiertos por Medi-Cal y por CCS pueden hacer que CCS evalúe sus solicitudes de autorización de tratamiento para los servicios relacionados con su enfermedad discapacitante usando su propia definición de necesidad médica. CCS utiliza un criterio de necesidad médica con sentido común, presta servicios para reducir al mínimo los efectos discapacitantes a largo plazo de una enfermedad elegible. CCS debe actuar como gerente de caso para los servicios que estos menores necesitan dada su enfermedad elegible para CCS. CCS debe pedir a Medi-Cal que preste los servicios cuando sea necesario.

## **9. ¿Cómo puedo obtener una autorización previa para un servicio médico o un dispositivo de asistencia?<sup>34</sup>**

---

<sup>32</sup> Los centros de cuidado a largo plazo incluyen las casas de enfermería especializada (SNF) y las casas de cuidado intermedio (ICF). Sin embargo, los reglamentos federales [42 C.F.R. § 483.5] estipulan que las diversas casas de cuidado intermedio para las personas con discapacidades en el desarrollo (ICF/DD, ICF/DD-H y ICF/DD-N) no son “casas de enfermería” aun cuando las casas ICF/DD de otra manera cumplan con los criterios de casas de enfermería conforme a la ley de Medicaid. 42 U.S.C. § 1396r(a). Como consecuencia, los residentes en casas ICF/DD no reciben el beneficio de los criterios de cuidado y protecciones que reciben los residentes de otras casas de enfermería a través de las leyes de Reforma de Casas de Enfermería.

<sup>33</sup> 42 C.F.R. § 483.25

<sup>34</sup> Con respecto a los menores, consulte la discusión anterior sobre cómo obtener autorización previa de Medi-Cal para los servicios EPSDT.

Su médico o profesional sanitario debe enviar un formulario de solicitud de autorización de tratamiento (TAR) que describe el motivo por el cual usted necesita los servicios, medicamentos o dispositivo requeridos. La documentación de su profesional sanitario *debe hacer referencia al criterio de necesidad médica aplicable*. Por ejemplo, el informe del médico debe:

- Incluir información acerca de su discapacidad y limitaciones funcionales;
- Establecer los motivos por los cuales el dispositivo solicitado cumple con el criterio de necesidad médica, es decir, por qué es necesario para aumentar su independencia, seguridad y capacidades funcionales, o para aliviar el impacto de la discapacidad;
- Explicar por qué el dispositivo recomendado es el dispositivo menos costoso que cumplirá adecuadamente sus necesidades;
- Describir las alternativas consideradas y rechazadas, y los motivos de consideración y rechazo;
- Adjuntar cualquier documentación escrita que describa el dispositivo solicitado y su utilidad; y
- Documentar todos los casos en que Medi-Cal (u otros planes de beneficios sanitarios privados o Medicare) haya adquirido un dispositivo similar.

Al analizar solicitudes de autorización de tratamiento para dispositivos de asistencia y equipos médicos duraderos que han sido rechazadas, a menudo encontramos que no hay suficiente información que nos permita representar a la persona en una audiencia imparcial. Por lo general, el médico tiene que volver a presentar la solicitud de autorización de tratamiento con más información. A veces, Medi-Cal luego aprueba la solicitud de autorización de tratamiento sin necesidad de una audiencia imparcial.

Si la solicitud de autorización de tratamiento es para una silla de ruedas eléctrica o adaptada, o para otro equipo médico duradero, es de particular importancia que el informe sea detallado.

*NOTA: Las mejores evaluaciones a menudo pueden obtenerse a través de la clínica de pacientes ambulatorios en un centro de rehabilitación.*

## **10. ¿Qué sucede una vez que la solicitud de autorización de tratamiento y otra documentación se presenta a Medi-Cal?**

Medi-Cal debe devolver el formulario de la solicitud de autorización de

tratamiento a su profesional sanitario, con una aprobación o rechazo y el motivo del rechazo o la solicitud de información adicional, dentro de los 30 días. Si dentro de los 30 días de recibida, Medi-Cal no hace ninguna de estas cosas, se considera que la solicitud está aprobada por proceso legal.<sup>35</sup> Si Medi-Cal rechaza su solicitud de autorización de tratamiento, debe enviarle una notificación escrita que explique el motivo del rechazo de la autorización y que contenga información acerca de sus derechos de apelación.

Si necesita el dispositivo o el servicio que está solicitando con urgencia, como reparar una silla de ruedas eléctrica, la persona que presta el servicio puede realizar la solicitud inicial por teléfono. Si Medi-Cal da su aprobación por teléfono, la persona que presta el servicio debe enviar luego una solicitud de autorización de tratamiento por escrito.

Si Medi-Cal rechaza la solicitud, usted tiene derecho a una audiencia imparcial para impugnar el rechazo.

### **Equipos médicos duraderos, prótesis y ortopedia**

#### **11. ¿Qué son los equipos médicos duraderos o DME?**

La ley federal no define los equipos médicos duraderos. Los reglamentos de California definen los equipos médicos duraderos como:

- Equipos que receta un médico autorizado para cumplir las necesidades de equipo médico del paciente y que deben:
  - a) soportar el uso repetido;
  - b) servir un propósito médico;<sup>36</sup>
  - c) resultar inútiles para un individuo en ausencia de una enfermedad, lesión, impedimento funcional o anomalía congénita; y
  - d) ser apropiado para su uso dentro o fuera del hogar del

---

<sup>35</sup> Welf. & Inst. Code §14103.6.

<sup>36</sup> En *Blue v. Bonta* 99 Cal.App.4<sup>th</sup> 980 (2002) el tribunal de apelaciones de California decidió que un ascensor de silla de ruedas en una escalera servía el propósito médico y por lo tanto cumplió con la definición de equipo médico duradero. Si desea más información sobre este caso y otras decisiones con respecto a la tecnología facilitante, consulte <http://www.nls.org/av/winter06-07.htm>.

paciente.<sup>37</sup>

Es una definición amplia. Incluye equipos como bastones, muletas, andadores, barras de sostén, camas de hospital, colchones de gel o agua, equipo de terapia de oxígeno, sillas de ruedas básicas y adaptadas, servicios de comunicación aumentativa y otros dispositivos.<sup>38</sup> Además, específicamente incluye equipos médicos duraderos necesarios para asistir a un padre, padrastro, padre sustituto o tutor legal con discapacidades en el cuidado de un hijo.<sup>39</sup>

**12. ¿Qué son los aparatos protésicos y ortopédicos?**

Los aparatos protésicos y ortopédicos son los aparatos que receta un médico, dentista o podólogo para recuperar las funciones o reemplazar partes del cuerpo.<sup>40</sup>

**13. ¿California tiene una lista exclusiva de equipos médicos duraderos que están cubiertos?**

A pesar de que California tiene una lista de equipos médicos duraderos preaprobados, un documento normativo de la Health Care Financing Administration (HCFA, que luego cambió de denominación a Centers for Medicare & Medicaid) publicado el 4 de septiembre de 1998, establece claramente que, aunque los estados pueden tener listas preaprobadas por motivos administrativos, los estados también deben proporcionar a los beneficiarios “una oportunidad significativa de solicitar modificaciones o excepciones a la lista preaprobada”.<sup>41</sup>

**14. ¿Cuándo no es necesario contar con una autorización previa?**

En casi todos los casos, Medi-Cal proveerá equipos médicos duraderos, y aparatos protésicos y ortopédicos, sólo después de una autorización previa (presentación y aprobación de una solicitud de autorización de tratamiento). Sin embargo, no es necesario presentar una solicitud de autorización de tratamiento para:

---

<sup>37</sup> 22 C.C.R. §51160.

<sup>38</sup> 22 C.C.R. §51521

<sup>39</sup> Welf. & Inst. Code §14132(m).

<sup>40</sup> 22 C.C.R. §51161.

<sup>41</sup> Puede encontrar la carta en: <http://www.cms.hhs.gov/smdl/downloads/SMD090498.pdf>.

- Prótesis o servicios protésicos que cuesten menos de \$500;<sup>42</sup>
- Aparatos ortopédicos o su reparación si el costo es menor que \$250;<sup>43</sup>
- Equipos médicos duraderos si el costo es menor que \$100;<sup>44</sup> y
- Reparación y mantenimiento de equipos médicos duraderos si el costo no supera los \$250 dentro del mes calendario.<sup>45</sup>

**15. Aparte de cumplir el criterio de necesidad médica aplicable, ¿qué más debo tener en cuenta?**

Medi-Cal tiene un manual de la persona que presta los servicios que se ocupa de los equipos médicos duraderos, prótesis y ortopedia. Se denomina el “Allied Health Provider Manual” (Manual del profesional sanitario aliado). Contiene información acerca de estas categorías, cobertura del programa, declaraciones de intenciones y políticas de facturación. Debe consultarse cuando se trata con estos elementos.<sup>46</sup>

El manual de criterios de Medi-Cal con respecto a los equipos médicos duraderos esboza los criterios para cubrir superficies de apoyo para el cuidado antidecúbito, monitores de glucosa en sangre para domicilio y dispositivos estimuladores de osteogenia.<sup>47</sup>

California no afirma que su lista de equipos médicos duraderos incluya todos los equipos que está dispuesta a adquirir. Sin embargo, California demuestra renuencia para adquirir algunos dispositivos que debería proveer como equipos médicos duraderos, como dispositivos de control ambiental.

Medi-Cal tiene una política que establece que: “Los equipos médicos duraderos están cubiertos como médicamente necesarios sólo para conservar las funciones corporales esenciales para las actividades de la vida diaria o para prevenir una discapacidad física significativa”. Declaración de intenciones de Medi-Cal 82-21. Observe que ésta es solamente una política y no una ley.

Medi-Cal a veces sostiene que una persona no demuestra necesidad médica a menos que el dispositivo sea necesario para que esta persona obtenga atención

---

<sup>42</sup> 22 C.C.R. §51315(a)(2)

<sup>44</sup> Welf. & Inst. Code § 14132.765; 22 C.C.R. §51315(a)(1).

<sup>44</sup> 22 C.C.R. §51321 (b)(1)

<sup>45</sup> 22 C.C.R. §51321(b)(2)

<sup>46</sup> Puede encontrar este manual en: [http://files.medi-cal.ca.gov/pubsdoco/Pubsframe.asp?hURL=/pubsdoco/ah\\_search.asp](http://files.medi-cal.ca.gov/pubsdoco/Pubsframe.asp?hURL=/pubsdoco/ah_search.asp)

<sup>47</sup> Puede encontrar este manual en: [http://www.dhs.ca.gov/mcs/mcpd/MBB/PDF/Manual\\_of\\_Criteria.pdfA](http://www.dhs.ca.gov/mcs/mcpd/MBB/PDF/Manual_of_Criteria.pdfA)

médica. Medi-Cal sostiene que un dispositivo utilizado con fines *sociales o educativos* no es médicamente necesario. Éste es un argumento común cuando se solicita un dispositivo que Medi-Cal por lo general no reconoce como beneficio. Sin embargo, no es coherente con Welf. & Inst. Code § 14059, que establece los fines de los servicios de Medi-Cal:

... para enfermedades que causan sufrimiento, ponen en peligro la vida, deriven en enfermedades o padecimientos más graves, *interfieran con la capacidad de realizar las actividades normales, incluido el empleo*, o para enfermedades que puedan evolucionar en un impedimento aun mayor. (la bastardilla es nuestra.)

Medi-Cal no presenta tal argumento cuando considera otros equipos médicos duraderos como sillas de ruedas. Estos artículos, naturalmente, también pueden tener fines sociales o educativos además de ayudar a desplazarse para ir al médico. La clave para demostrar la necesidad médica es mostrar que el dispositivo que se propone es el tratamiento más razonable para su discapacidad. Si lo necesita para que lo ayude a caminar, hablar o realizar otras actividades de la vida diaria, el equipo médico duradero no solo lo ayudará a obtener servicios médicos.

**16. ¿Cuáles son algunas de las limitaciones que Medi-Cal pone en los suministros médicos y equipos médicos duraderos?**

Los equipos médicos duraderos y los suministros médicos siempre necesitan la receta de un profesional calificado. Medi-Cal no cubre:

- Los artículos para el hogar, los elementos que no se utilizan principalmente para el cuidado médico, las prendas de vestir (aun si cumplen con una necesidad médica legítima). Si un artículo para el hogar sirve para cumplir sus necesidades médicas, Medi-Cal no lo autoriza como dispositivo médico. Medi-Cal no cubre aparatos de aire acondicionado, filtros de aire, mezcladoras de alimentos, colchones ortopédicos y modificaciones en el automóvil.
- Medi-Cal limita la autorización de los equipos médicos duraderos al elemento del menor costo que servirá adecuadamente a sus necesidades médicas.<sup>48</sup>

**17. ¿Cuándo proporciona Medi-Cal una silla de ruedas eléctrica o liviana?**

Medi-Cal adquirirá una silla de ruedas eléctrica o liviana sólo cuando usted pueda

---

<sup>49</sup> Title 22 C.C.R. §51321(g).

justificar la adquisición.

### Sillas de ruedas livianas:

Fundamentalmente, Medi-Cal compra sillas livianas o ultralivianas solamente si usted no tiene la fuerza en los brazos suficiente para impulsar una silla más pesada. Declaración de intenciones de Medi-Cal 88-11. Las sillas para deportes no constituyen un beneficio de Medi-Cal.<sup>49</sup>

### Sillas de ruedas eléctricas

Si no tiene movilidad o fuerza en los brazos para operar una silla manual, Medi-Cal puede aprobar una silla de ruedas eléctrica. El tipo y las características de la silla de ruedas eléctrica, así como los agregados o modificaciones que Medi-Cal pueda aprobar, estarán basados en sus necesidades médicas. Debe demostrar que su necesidad de un sistema eléctrico o de modificaciones en la silla es fundamental para su movilidad y para realizar las actividades de la vida diaria. Medi-Cal considera la movilidad dentro y fuera de su hogar como una actividad básica de su vida diaria. Si su solicitud está basada en necesidades sociales, educativas o de obtención de empleo, Medi-Cal no la aprobará. Declaración de intenciones de Medi-Cal 82-21. En nuestra opinión, sin embargo, Medi-Cal no puede basarse en su declaración de intenciones cuando la declaración entra en conflicto con los códigos y reglamentos estatales y federales de Medi-Cal/Medicaid.

### **18. ¿Me proporcionará Medi-Cal equipos médicos duraderos si vivo en una casa de enfermería especializada o casa de cuidados intermedios?**

Los reglamentos federales exigen que las casas de enfermería especializada, las casas de cuidados intermedios (casas de cuidados a largo plazo) y las casas de cuidados intermedios para personas con retraso mental proporcionen la tecnología necesaria para sus residentes.<sup>50</sup>

*Las casas de cuidado a largo plazo* deben proporcionar a los residentes los servicios que éstos necesitan para lograr y mantener el estado funcional más elevado posible, tanto mental como físico, según se define en la evaluación integral y el plan de cuidado. 42 C.F.R. § 483,25. Los residentes deben recibir servicios

---

<sup>49</sup> También consulte: [http://files.medi-cal.ca.gov/pubsdoco/Pubsframe.asp?hURL=/pubsdoco/ah\\_search.asp](http://files.medi-cal.ca.gov/pubsdoco/Pubsframe.asp?hURL=/pubsdoco/ah_search.asp)

<sup>50</sup> Consulte <http://www.nls.org/conf2004/medicaid%20and%20nursing%20facilities.htm> para ver un artículo de búsqueda de reembolso para la tecnología facilitante en casas de enfermería.

que mejorarán su capacidad de “utilizar el habla, la lengua u otros sistemas de comunicación funcional”, 42 C.F.R. § 483.25(a)(1)(v), y su “capacidad para trasladarse y deambular”, 42 C.F.R. § 483.25(a)(1)(ii). Los dispositivos disponibles deben incluir sillas de ruedas, equipos médicos, algunas prótesis e incluso algunos dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa. Las casas de cuidado a largo plazo deben prestar servicios de apoyo que incluyen servicios fonoaudiológicos, fisioterapia y terapia ocupacional.<sup>51</sup>

***Las casas de cuidado intermedio*** para las personas con discapacidad en el desarrollo (ICF/DD) deben proporcionar un tratamiento activo. Esto incluye la tecnología facilitante necesaria como dispositivos de ayuda para la comunicación<sup>52</sup> y dispositivos mecánicos.<sup>53</sup> Las casas ICF/DD también deben proporcionar servicios de fonoaudiología, fisioterapia y terapia ocupacional.<sup>54</sup>

Las casas de cuidado a largo plazo y ICF/DD sólo tienen que proporcionar equipos y dispositivos *comunes*, es decir, equipos que no están fuera de lo normal ni adaptados. Los reglamentos estipulan que Medi-Cal proporcionará equipos médicos duraderos *si el equipo es necesario para su atención continua o para satisfacer las necesidades médicas inusuales*. Medi-Cal puede autorizar bastones, muletas, sillas de ruedas y andadores cuando usted necesita un elemento modificado o hecho a medida para satisfacer sus necesidades médicas inusuales, y se asume que las necesidades son permanentes. Una silla de ruedas adaptada es aquella que se ha construido o armado exclusivamente para atender las necesidades médicas particulares de un paciente en cuanto a su posición, apoyo y movilidad. Medi-Cal puede autorizar un aparato de presión positiva y succión cuando usted deba utilizar el aparato en forma continua o cuando debe tenerlo inmediatamente disponible durante un mes o más.<sup>55</sup> Medi-Cal también afirma que pagará elementos como colchones de presión alterna, aspiradores portátiles, sistemas de oxígeno portátiles y camas con altura variable.<sup>56</sup>

### Sillas de ruedas adaptadas cuando se encuentra en una casa de enfermería

---

<sup>51</sup> Welf. & Inst. Code §14132(c).

<sup>52</sup> 42 C.F.R. §483.470(g)(2).

<sup>53</sup> 42 C.F.R. §483.440(c)(6).

<sup>54</sup> Welf. & Inst. Code §14132(c).

<sup>55</sup> 22 C.C.R. §51321(h)(3).

<sup>56</sup> 22 C.C.R. §51511(c).

Medi-Cal ha estado poco dispuesto a aceptar sillas de ruedas adaptadas (sean eléctricas o manuales) para las personas que habitan en casas de cuidado a largo plazo. La teoría de Medi-Cal es que el personal puede empujar la silla hacia donde usted quiera ir. Medi-Cal no considera la limitación que esto supone en su capacidad de elegir actividades o compañías. No considera su falta de capacidad para moverse en la comunidad, aun cuando ése sea un factor que determina si Medi-Cal comprará o no una silla de ruedas eléctrica para usted si vive en su propio hogar. Esta política es cuestionable. Si vive en una casa de cuidado a largo plazo, usted tiene derecho a recibir los servicios y equipos que le permitirán un máximo bienestar mental, físico y social conforme a la Ley de Reforma de Casas de Enfermería. De esta manera, tiene derecho a los servicios que mejoren su movilidad. Cuando los residentes de casas de enfermería han gozado de una buena defensa, Medi-Cal ha aceptado pagar sus sillas con adaptaciones.

Debe solicitar a la casa que le brinde los dispositivos necesarios. Si la casa se rehúsa, debe estar preparado para pedir a su médico que presente una solicitud de autorización de tratamiento ante Medi-Cal para obtener el dispositivo. No permita que la casa de enfermería ni Medi-Cal lo tengan de un lado a otro. Si Medi-Cal dice que la casa de enfermería tiene la responsabilidad de comprar un dispositivo, pida a Medi-Cal que se asegure que la casa de enfermería se lo compre. Si es necesario, puede presentar una petición de una audiencia en común contra Medi-Cal y la casa de enfermería, y solicitar que el juez de derecho administrativo decida quién debe proporcionar el dispositivo que usted necesita.

Por último, los residentes de las casas de enfermería y las casas ICF/DD tienen derecho a pases para visitar durante una noche a familiares, amigos, etc. Los reglamentos y las leyes no establecen específicamente que tiene derecho a que los equipos salgan con usted cuando visita a sus familiares, pero parece que esto es obligatorio según intención de la Ley de Reforma de Casas de Enfermería.

### **19. ¿Medi-Cal se hace cargo de las modificaciones en la vivienda?**

Medi-Cal no pagará las modificaciones en la vivienda a través del programa Medi-Cal regular, excepto cuando sea necesario para proporcionar servicios de diálisis en el domicilio. Sin embargo, si usted es una persona que de otra manera necesitaría cuidado en una casa de cuidado a largo plazo financiada por Medi-Cal, Medi-Cal puede cubrir las modificaciones en su vivienda relacionadas con la accesibilidad conforme a una de las varias renunciaciones basadas en la comunidad y la vivienda. (Consulte la pregunta 1.)

### **20. ¿Paga Medi-Cal los dispositivos de autoayuda que necesito para realizar las actividades de la vida diaria?**

Sí. Medi-Cal paga los dispositivos de ayuda esenciales para la realización de las

actividades comunes de la vida diaria. Dichos dispositivos incluyen utensilios para comer, portadores de utensilios, dispositivos para abotonarse, asientos de inodoro elevados, mangueras de ducha flexibles, mesas para pararse y muchos otros elementos de diseño especial. Dado que Medi-Cal no los enumera como equipos médicos duraderos, todos requieren una aprobación previa, independientemente del costo. Declaraciones de intenciones de Medi-Cal 49-73 & 73-11.

## **21. ¿Pagará Medi-Cal los dispositivos de comunicaciones alternativa y aumentativa (AAC)?**

Medi-Cal proporciona dispositivos y servicios de comunicación aumentativa y alternativa (AAC) cuando se determina que éstos son médicamente necesarios. Este beneficio está disponible para los receptores de Medi-Cal que han recibido un diagnóstico de un trastorno de comunicación significativo. Los receptores pueden obtener estos dispositivos y servicios de la misma manera en que reciben los servicios de fonoaudiología y terapia del habla. Para su aprobación, la solicitud de autorización de tratamiento para los dispositivos AAC debe incluir una evaluación médica que muestre: (1) la enfermedad del receptor, y (2) los beneficios que obtendrá mediante el uso del dispositivo apropiado.

Conforme a esta política de Medi-Cal, un dispositivo AAC es una opción terapéutica que un fonoaudiólogo selecciona como parte del tratamiento de su paciente. La cobertura se extiende a las tres etapas del acceso a AAC - (1) la evaluación inicial, (2) la adquisición del dispositivo y (3) los servicios como instalación y capacitación después de la entrega. Un fonoaudiólogo con licencia del Estado de California debe realizar la evaluación inicial. Como parte de un plan de tratamiento, un fonoaudiólogo necesita considerar los impedimentos físicos de un paciente para seleccionar el equipo de habla apropiado; la evaluación debe incluir a otros profesionales sanitarios, como fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Un médico generalista debe recetar el dispositivo antes de que Medi-Cal pueda autorizar una solicitud de tratamiento.

El informe de evaluación debe cubrir tres áreas diferentes. La primera sección debe incluir la siguiente información acerca del paciente:

- Diagnóstico médico,
- Historia clínica significativa,
- Impedimentos sensoriales y receptivos en la comunicación,
- Capacidades y limitaciones actuales en la comunicación,
- Capacidades y limitaciones físicas,
- El modo en que el beneficiario utilizará los dispositivos y servicios AAC dadas las capacidades y limitaciones físicas,
- Las necesidades de comunicación actuales y futuras,

- Los partícipes en la comunicación,
- Los entornos de comunicación, y
- Cualquier tratamiento previo de los problemas en la comunicación.

La segunda parte debe contener información específica acerca del dispositivo:

- Requisitos de vocabulario,
- Sistemas de representación,
- Organizaciones de presentación,
- Características del mensaje,
- Técnicas de acceso,
- Portabilidad y durabilidad,
- Costo, y
- Si el beneficiario ha tenido un período de prueba para usar el dispositivo recomendado.

La última parte de la evaluación es (1) la receta del médico y (2) el plan de tratamiento del terapeuta. En su plan, el terapeuta debe describir:

- El período durante el cual el beneficiario deberá utilizar el dispositivo;
- Qué cantidad de servicios, durante cuánto tiempo y por qué el beneficiario necesitará servicios relacionados;
- Metas a corto y a largo plazo;
- Cómo medir el progreso del beneficiario hacia dichas metas;
- Qué personas que prestan servicios necesitará el beneficiario para cumplir con el plan; y
- Medi-Cal también se hará cargo de modificar, reparar y reemplazar el dispositivo que autoriza. Para obtener estos servicios, el receptor debe presentar una solicitud de autorización de tratamiento aparte con la justificación pertinente.

### **Personas que tienen Medicare y Medi-Cal**

#### **22. ¿Cuáles son los problemas especiales con los que se enfrentan las personas que son elegibles para Medicare y Medi-Cal?**

Antes de octubre de 1990, las personas que cumplían los requisitos de Medicare y Medi-Cal (conocidas como Medi-Medis) tenían muchos problemas para recibir reembolsos por equipos médicos duraderos. Medi-Cal decía que primero había que ir a Medicare para financiar el equipo médico duradero. Lamentablemente,

Medicare no proporciona la aprobación anterior para el equipo médico duradero. Además, la cifra que Medicare autoriza para muchos equipos médicos duraderos es muy baja. Medi-Cal sólo se hacía cargo de un costo razonable que establecía Medicare, aun cuando a menudo era mucho más bajo de lo que Medi-Cal de otra manera pagaría.

En octubre de 1990, en el caso de *Charpentier v. Kizer*, el Tribunal de distrito federal del distrito este de California exigió que Medi-Cal dejara de usar este procedimiento para comprar equipos médicos duraderos. Según el caso *Charpentier*, la persona que provee el servicio presenta una solicitud de autorización de tratamiento ante Medi-Cal. Una vez aprobada, la persona que presta el servicio presenta la querrela ante Medicare y Medi-Cal. Medicare decide una tarifa razonable y paga el 80%. Luego la querrela se envía a Medi-Cal que paga el 20% restante de la tarifa de Medicare y también paga cualquier cifra que esté por encima de la tarifa de Medicare, que de otro modo pagaría si fuera el único proveedor conforme a su propio programa de tarifas. (El precio de Medi-Cal para los equipos es por lo general mayor que la de Medicare.) Este procedimiento tiene como finalidad un consumidor que sea Medi-Medi sin tener que abonar más de lo que abonaría si fuera únicamente elegible para Medi-Cal.

Los organismos de ayuda legal y los organismos de derechos de las personas con discapacidades como PAI deben estar familiarizados con *Charpentier*.<sup>57</sup>

### **23. Tengo Medicare y Medi-Cal. ¿Por qué Medi-Cal no se quiere hacer cargo del 20% que no paga Medicare?**

Medicare paga el 80% del costo aprobado de un beneficio cubierto. Si está cubierto tanto por Medi-Cal como por Medicare, usted espera que Medi-Cal se haga cargo de la diferencia el 20%. Sin embargo, Medi-Cal no complementa a Medicare por encima de lo que Medi-Cal pagaría si fuera la única fuente de pago. Por ejemplo, si Medicare dice que \$100 es un costo razonable para un procedimiento, paga \$80. Si Medi-Cal dice que no pagaría más de \$90 por el procedimiento, pagará únicamente \$10 después de que Medicare pague \$80.

### **Derechos de apelación**

### **24. ¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con Medi-Cal?**

Tiene derecho a desafiar cualquier decisión que tome o deje de tomar Medi-Cal, o

---

<sup>57</sup> El Manual del profesional sanitario aliado de Medi-Cal (consulte el pie de página 47) tiene información sobre el proceso de *Charpentier*. PAI también tiene una publicación sobre este tema en <http://www.pai-ca.org/pubs/528501.htm>

una casa de cuidado financiada por Medi-Cal (como una casa de enfermería especializada), cuando según su opinión la decisión sea incorrecta. Podría tratarse de un rechazo a su solicitud de equipo médico duradero, un rechazo a reparar o realizar un mantenimiento de un dispositivo, o negarse a continuar con el alquiler de un equipo.

Puede desafiar las decisiones de Medi-Cal solicitando una *audiencia imparcial*. No es necesario que tenga una notificación de acción por escrito para solicitar una audiencia imparcial, pero de todas maneras debe pedir una para saber por qué Medi-Cal rechazó su solicitud.

## **25. ¿Qué acciones puedo desafiar en una audiencia imparcial?**

En una audiencia imparcial, puede desafiar las acciones de Medi-Cal o de una casa de cuidado financiada por Medi-Cal en todas o algunas de las siguientes áreas:

- Rechazo para procesar o demora en el procesamiento de su solicitud a Medi-Cal;
- Determinación de que no es elegible para Medi-Cal o que ya no es elegible para Medi-Cal;
- Monto de su parte del costo mensual;
- Rechazo de una solicitud de autorización previa (asegúrese de verificar el paquete que envió a Medi-Cal para ver si desea reenviarlo con documentación más completa en lugar de apelar; y/o
- Conclusión de un servicio, como transporte médico para recibir diálisis.

## **26. ¿Qué puedo hacer si Medi-Cal niega un dispositivo o servicio que mi médico me recetó porque no es un servicio cubierto?**

*Primero:* Analice la solicitud o la solicitud de autorización de tratamiento que el médico envió a Medi-Cal para pedir autorización previa. Si la solicitud de autorización de tratamiento no incluye una carta del médico que ordena el tratamiento, u otros documentos que explican por qué el servicio o dispositivo es *médicamente necesario*, pida al médico que envíe la solicitud de autorización de tratamiento nuevamente e incluya una carta o documentos o cualquier registro que avale su necesidad del elemento que está solicitando.

*Segundo:* Si Medi-Cal le niega la receta a pesar de la presentación de una solicitud de autorización de tratamiento con documentación que avala la necesidad médica, tendrá que presentar una petición de audiencia para desafiar el rechazo.

*Tercero:* Tan pronto como obtenga una aceptación de su petición de audiencia

imparcial con el número de audiencia, escriba a la oficina local de Medi-Cal que le negó la solicitud de autorización de tratamiento. La dirección se encuentra en la notificación de negación de la solicitud de autorización de tratamiento. Solicite la revisión del expediente y la autoridad en la que Medi-Cal se fundamenta, incluidos códigos, reglamentos y cualquier disposición del Manual de criterios de Departamento de Servicios de Salud (DHS) y cualquier documento normativo. Su carta puede seguir el ejemplo que se adjunta al final de este capítulo.

Algunas de las políticas de Medi-Cal que puede pedir son los avisos de instrucciones regionales (FIN), las declaraciones de intenciones y las cartas de instrucciones operativas (OIL). Estos documentos son importantes porque explican el modo en que el programa Medi-Cal define la necesidad médica cuando aprueban o rechazan servicios o dispositivos como los que usted solicitó. Por ejemplo, algunos FIN establecen las reglas que aplicará el programa Medi-Cal cuando reciba una solicitud de compra de una silla de ruedas eléctrica. Los FIN, las declaraciones de intenciones y las OIL no son reglamentos, sino directivas. El juez de derecho administrativo que estará a cargo de la audiencia del caso no necesariamente tiene que atenerse a estos documentos.

Si la oficina local de Medi-Cal no le brinda acceso a la información, llame al número 800 que figura en la aceptación de la petición de audiencia y pida que le expliquen cómo solicitar la emisión de una citación judicial “duces tecum”. Es una citación judicial que le exige a Medi-Cal llevar los documentos a la audiencia. Pida un tiempo para analizar el material en ese momento.

*Cuarto:* Si recibe copias del material pertinente, muéstreselas al médico que ordenó el tratamiento. El médico puede tener que explicar los documentos que se presentan con la solicitud de autorización de tratamiento. Quizás sea necesario que el médico traduzca los documentos a un lenguaje más simple.

## **27. ¿Cómo presento una petición para una audiencia imparcial?**

Para presentar una petición para una audiencia imparcial, llene el dorso del formulario del aviso de acción de Medi-Cal y envíelo por correo. O puede enviar una carta a:

Chief Administrative Law Judge  
State Hearings Division  
Department of Social Services  
744 P Street  
Sacramento, CA 95814

Ref.: Medi-Cal Fair Hearing

Su nombre  
Su número estatal de Medi-Cal o su número de Seguro Social

La carta debe incluir una explicación general del motivo por el cual desea una audiencia. Por ejemplo:

- El condado se está tomando demasiado tiempo para procesar su solicitud de Medi-Cal;
- Usted es elegible para Medi-Cal;
- Usted necesita una silla de ruedas eléctrica porque tiene una discapacidad que no le permite utilizar una silla de ruedas manual; y
- Usted necesita un dispositivo de habla electrónico porque no puede comunicarse de otra manera.

**28. ¿Cuánto tiempo tengo para presentar una petición para una audiencia imparcial?**

**Tiene 90 días** a partir de la fecha de la acción de Medi-Cal para solicitar una audiencia imparcial. Pero vea la siguiente pregunta.

**29. ¿Qué sucede con mis beneficios de Medi-Cal durante el proceso de apelaciones?**

Si solicita una audiencia imparcial dentro de los 10 días de la fecha del aviso por escrito de Medi-Cal, los beneficios actuales continuarán hasta que el juez de derecho administrativo emita una decisión sobre la audiencia. Si recibe un aviso para concluir una diálisis de riñón, quimioterapia o tratamiento de radiación, transporte, servicios de renuncia o una estadía en una casa de enfermería especializada o una casa de cuidado intermedio, los beneficios continuarán hasta que la decisión sobre la audiencia si usted presenta una petición para una audiencia imparcial dentro de los **10 días** de la fecha de aviso o antes de que el beneficio concluya.

Bajo ciertas circunstancias, cuando Medi-Cal rechaza la nueva autorización de los servicios, los servicios de Medi-Cal pueden continuar hasta que se emita una decisión sobre la audiencia. Algunos servicios de hospitales para enfermedades agudas pueden continuar hasta que se emita la decisión sobre la audiencia (o hasta que se complete la solicitud de nueva autorización, si se produce antes) si:

- Medi-Cal recibe la nueva autorización de la solicitud de autorización de tratamiento dentro de los **10 días** que siguen al vencimiento de la autorización previa; y

- Usted presenta una petición de audiencia dentro de los **10 días** del sello postal en el aviso de negación, o antes de que la solicitud de autorización de tratamiento anterior se venza, lo que ocurra después.

En esta categoría se incluyen los siguientes servicios:

- Cuidado a largo plazo (SNF, ICF y subagudo);
- Hemodiálisis crónica (incluidos todos los servicios relacionados, tales como transporte);
- Servicios de renuncia con base en la comunidad y el domicilio;
- Servicios de renuncia de casa de enfermería especializada (y todos los servicios relacionados); y
- Todos los servicios para enfermedades no agudas, como fisioterapia, cuando el médico que ordena el tratamiento justifica en la solicitud de autorización de tratamiento que los servicios deben continuar porque el objetivo del tratamiento en la solicitud de autorización de tratamiento original no se alcanzó.

Si Medi-Cal niega una solicitud para volver a autorizar el cuidado de una enfermedad aguda, incluido el cuidado de rehabilitación de paciente internado, que ha sido aprobada durante al menos cinco días, y un médico que ordena el tratamiento determina que usted no puede ser dado de alta del hospital porque aún necesita ese nivel de cuidado o aún no ha alcanzado las metas deseadas para su rehabilitación, la financiación de Medi-Cal en el precio de cuidado de enfermedad aguda puede continuar hasta una audiencia. Medi-Cal le entregará el aviso de negación personalmente el primer día hábil siguiente a la negación, a menos que el médico que ordena el tratamiento solicite que el aviso se entregue por otros medios por razones de salud.

La cobertura de los servicios de cuidado de enfermedad aguda de Medi-Cal continuará hasta la audiencia si usted solicita una audiencia imparcial dentro de los **10 días** de la fecha del aviso que niega la nueva autorización.<sup>58</sup>

### **30. ¿Qué sucede con mis derechos si estoy en el cuidado administrado de Medi-Cal?**

Los cuidados administrados en Medi-Cal pueden proporcionarse a través de una renuncia con aprobación federal de su derecho federal a la libertad de elección entre las personas que prestan sus servicios. El estado debe operar un programa en forma coherente en todo el estado sin diferencias en los beneficios. No se requiere renuncia federal si el estado selecciona los cuidados administrados bajo la ley

---

<sup>58</sup> Consulte 22 C.C.R. §§51014.1, 51014.2.

Balanced Budget Act (Ley de presupuesto equilibrado) de 1997.

Sus derechos conforme a los cuidados administrados de Medi-Cal son los mismos que los que ofrece Medi-Cal regular (denominados cargos por servicio), excepto por los límites en su elección de personas que prestan sus servicios.<sup>59</sup>

Su acceso al proceso de audiencia imparcial de Medi-Cal es el mismo que con el servicio de cargo por servicio de Medi-Cal. Cuando un plan de cuidados administrados deniega o concluye un servicio, usted tiene derecho a una audiencia. Usted también tiene acceso al procedimiento de queja interna del plan de cuidados administrados. Puede presentar una petición para una audiencia imparcial y una queja al mismo tiempo. Recomendamos que presente ambas porque la queja puede resolver el problema sin necesidad de una audiencia.

Tiene derecho a presentar una queja o audiencia imparcial aun cuando esté en desacuerdo con su médico primario. Por ejemplo, si solicita a su médico un referido para una clínica especial pero se lo niega, usted debe presentar una queja y una petición de audiencia imparcial. Si necesita una segunda opinión (o si necesita una evaluación o un referido para un especialista) el juez de derecho administrativo puede pedir una segunda opinión.<sup>60</sup>

### **31. ¿Cómo me preparo para una audiencia imparcial?**

Prepararse para una audiencia imparcial puede ser un trabajo arduo. Hay un excelente documento sobre este tema, que encontrará en: [http://www.nls.org/conf2006/medicaid%20outline%20\(2006\).htm](http://www.nls.org/conf2006/medicaid%20outline%20(2006).htm). Abarca desde la entrevista inicial con el cliente hasta la preparación de su caso para la audiencia.

---

<sup>59</sup> Si desea más información acerca de los programas de cuidados administrados de Medi-Cal en California, visite el programa de la Ley de Salud Nacional en:--  
<http://www.healthlaw.org/library.cfm?fa=summarize&appView=Topic&id=1136>

<sup>60</sup> 42 C.F.R. §431.240(b).

## **ANEXO DEL CAPÍTULO 10**

## **Para revisar el expediente y la autoridad de Medi-Cal Carta de ejemplo**

(Fecha)

Oficina local de Medi-Cal

Dirección

Localidad, CA, Código postal

Ref.: Audiencia estatal n.º \_\_\_\_\_

N.º Medi-Cal \_\_\_\_\_

Su nombre, dirección, número de teléfono

Antes de la audiencia, desearía revisar el expediente de mi caso con Medi-Cal [o el expediente del caso de una persona que usted esté autorizado a representar]. Al mismo tiempo, desearía revisar lo siguiente:

1. Los reglamentos específicos (incluidos la sección aplicable del Manual de criterios) que se relacionan con los servicios/el dispositivo solicitado y
2. Los avisos de instrucciones regionales (FIN), las declaraciones de intenciones y las cartas de instrucciones operativas (OIL) que se relacionen con el tiempo de cobertura o la posibilidad de que el programa de Medi-Cal cubra [el servicio o el dispositivo que se solicita].

Después de revisar esta información, desearía fotocopiar todos o algunos de los documentos y presentarlos ante el juez de derecho administrativo que preside la audiencia del caso. Considero que las normas y las políticas sobre las que fundamentan su decisión también son una parte de mi expediente como lo son los documentos que acompañan a la solicitud de autorización de tratamiento.

Llamaré para concretar una cita para revisar el expediente y las políticas y normas aplicables. Si no pueden o no desean brindarme la información solicitada, les ruego que me lo hagan saber para que pueda solicitar que el juez a cargo en lo administrativo emita una citación judicial.

Supongo que las fotocopias que haga para presentar como parte del registro de la audiencia no tendrán cargo.

Atentamente,

\* \* \* \* \*

Envíe una copia de esta carta al juez de derecho administrativo principal a la

dirección indicada en el folleto que reciba con la aceptación de la petición de audiencia.

Como alternativa, si lo que desea es una copia de cualquier aviso de instrucciones regionales o memorando de política, junto con su petición de una audiencia imparcial puede enviar una solicitud según la ley California Public Records Act (Ley de registros públicos de California) al Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Services Office of Legal Services, 714 P Street, Sacramento CA 95814) con una fotocopia a la oficina regional que negó la autorización del tratamiento. En la carta, indique que la solicitud de estos documentos está relacionada con una solicitud de audiencia imparcial, y pida que le envíen sin cargo las fotocopias de los avisos de instrucciones regionales o los memorandos de políticas.