



*California's protection & advocacy system
Llamada sin costo (800) 776-5746*

Cómo obtener tecnología de asistencia a través de Medi-Cal

Febrero, 2016, Pub. Núm.5583.02

1. ¿Qué es Medi-Cal?

Medi-Cal es un programa estatal y federal que garantiza la cobertura de atención médica a muchas personas de bajos ingresos. El organismo estatal principal a cargo del programa Medi-Cal en California es el Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS, *Department of Health Care Services*), www.dhcs.ca.gov.

Medi-Cal es la versión para California del programa federal "Medicaid". El organismo federal que administra Medicaid está integrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, *Centers for Medicare and Medicaid Services*) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, *Department of Health and Human Services*), <http://www.cms.gov>.

La elegibilidad para Medi-Cal es automática para personas que reciben seguridad de ingreso suplementario (SSI, *Supplemental Security Income*). Para todas las demás personas, es el departamento de servicios sociales del condado quien determina la elegibilidad para Medi-Cal. Los servicios de Medi-Cal son prestados por los Planes de salud administrados por Medi-Cal (MCP, *Medi-Cal Managed Care*

Health Plans), o por proveedores independientes con base en un cargo por servicio.

2. ¿Qué es la tecnología de asistencia?

La tecnología de asistencia (AT, *assistive technology*) por lo general se define como cualquier artículo, equipo, software o sistema de un producto que se utiliza para aumentar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de las personas con discapacidades. Esta definición incluye al equipo médico duradero (DME, *Durable Medical Equipment*) y a los dispositivos ortopédicos y protésicos (OAP, *Orthotic and Prosthetic Devices*) disponibles por medio del programa Medi-Cal.

El **equipo médico duradero (DME)** conforme al programa Medi-Cal incluye equipo como sillas de ruedas básicas y personalizadas, bastones, muletas, andaderas, barras de soporte, camas de hospital, colchones de presión de agua o gel, equipo para oxigenoterapia, dispositivos de comunicación aumentativa y otros dispositivos. Sección 51521 del título 22 del Código de Reglamentos de California (C.C.R., *California Code of Regulations*). Medi-Cal también proporciona el DME necesario para ayudar a que un padre o madre, padrastro o madrastra, padre o madre de acogida o tutor legal que tenga una discapacidad, cuide de un menor de edad. Sección 14132(m) del Código de Bienestar e Instituciones (*Welf. & Inst. Code*)

Los **dispositivos ortopédicos y protésicos (OAP)** definidos en el programa Medi-Cal incluyen dispositivos para restaurar la función o reemplazar partes del cuerpo.

3. ¿Cuáles DME y OAP están cubiertos por Medi-Cal?

Equipo médico duradero: Medi-Cal cubre el DME siempre que éste cumpla con sus necesidades médicas y lo haya prescrito un profesional médico acreditado. El equipo debe ser médicamente necesario y cumplir con estos estándares:

- a. servir para un propósito médico;
- b. soportar el uso repetido;
- c. resultar útil para usted a causa de una enfermedad, lesión, impedimento funcional o anomalía congénita;

- d. resultar inútiles para un individuo que no presenta una enfermedad, lesión, impedimento funcional o anomalía congénita; y
 - e. ser adecuado para usarlo ya sea dentro o fuera del hogar.
- Sección 51160 del título 22 del C.C.R.

Dispositivos ortopédicos y protésicos: Medi-Cal cubre los OAP si son médicamente necesarios y los ha prescrito un médico, podólogo o dentista acreditado. Las prótesis de extremidades inferiores deben ser prescritas por un médico acreditado.

El DME debe servir para un propósito médico conforme a lo que establece Medi-Cal. El propósito médico significa que usted necesita el dispositivo debido a la discapacidad que presenta, y no lo necesitaría si no la tuviera. Esto incluye mucho más que ir al doctor para recibir atención médica. Si usted necesita un dispositivo para ayudarle a caminar, hablar o realizar alguna otra actividad de la vida diaria, entonces tiene la necesidad médica de usar el dispositivo, por lo tanto, está cubierto conforme a Medi-Cal con base en el criterio de necesidad médica. La clave para demostrar la necesidad médica del DME es demostrar que el dispositivo que se propone es el tratamiento más razonable para su discapacidad.

4. ¿Qué considera Medi-Cal como médicamente necesario?

La ley estatal define como médicamente necesarios aquellos servicios, medicamentos, suministros y dispositivos que sean “razonables y necesarios para proteger la vida, prevenir una enfermedad significativa o una discapacidad significativa, o para aliviar un dolor severo”. (Secciones 14059.5 y 14133.3 del Código de Bienestar e Instituciones). Los servicios médicamente necesarios incluyen rehabilitación y otros servicios necesarios para alcanzar o conservar su capacidad de realizar actividades normales, su independencia o su capacidad para cuidar de sí mismo.

Además de este estándar general, Medi-Cal cuenta con estándares especiales de necesidad médica para personas menores de 21 años, individuos en distintos tipos de centros médicos y personas que son elegibles para Medicare y Medi-Cal. Estos estándares especiales

pueden usarse si el artículo o servicio no cumple con el criterio de necesidad médica general. Por ejemplo, las personas menores de 21 años tienen derecho a atención médica necesaria "... para corregir o atenuar defectos y enfermedades y padecimientos físicos y mentales...". Este estándar especial es un requisito federal conforme al programa de Pruebas de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT, *Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment*). Puede encontrar información acerca del programa EPSDT y los Servicios para menores de edad (*California Children's Services*) en el sitio web de DRC:
<http://www.disabilityrightsca.org/pubs/PublicationsChildrensHealth.htm>.

Si tiene problemas para obtener una cobertura para DME y OAP porque Medi-Cal dice que no son médicamente necesarios, puede llamar a Disability Rights California.

5. ¿Existe para California una lista exclusiva de los DME y OAP que están cubiertos?

No. California tiene listas de DME y OAP que están preaprobados, pero estas listas no son exclusivas. De acuerdo con la ley federal, usted debe gozar de "una oportunidad significativa para buscar modificaciones o excepciones a sus listas preaprobadas". El estándar federal se analiza en una carta del Director estatal de Medicaid, con fecha del 4 de septiembre de 1998, misma que puede encontrar en el sitio web del Centro Federal de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, *Center for Medicare and Medicaid Services*): <https://downloads.cms.gov/cmsgov/archived-downloads/SMDL/downloads/SMD090498.pdf>.

6. ¿Puedo recibir un DME u OAP sin una autorización previa de Medi-Cal o de mi plan de salud administrado?

Para los siguientes dispositivos en la lista preaprobada no se necesita una autorización previa:

1. Dispositivos o servicios protésicos que cuesten menos de \$500. Sección 51315(a)(2) del título 22 del C.C.R.
2. Dispositivos ortopédicos o su reparación si el costo es menor que \$250. Sección 14132.765 del Código de Bienestar e Instituciones; Sección 51315(a)(1) del título 22 del C.C.R.

3. Un DME si el costo es menor que \$100; Sección 51321(b)(1) del título 22 del C.C.R., y
4. Reparación y mantenimiento de un DME si el costo no supera los \$250 dentro del mes calendario. Sección 51321(b)(2) del título 22 del C.C.R.

7. ¿Cómo puedo obtener una autorización previa para un DME u OAP de acuerdo con el programa Medi-Cal?

Su proveedor de DME u OAP debe completar una Solicitud de autorización de tratamiento (TAR, *Treatment Authorization Request*) y enviarla a la oficina de campo de Medi-Cal o a su plan de salud administrado, si está inscrito en uno. Junto con la solicitud TAR debe enviar documentación relativa a su necesidad del servicio, incluida una carta de justificación médica (necesidad médica) emitida por un proveedor de atención médica. Consulte nuestra publicación sobre las solicitudes TAR de Medi-Cal para obtener más información.

8. ¿Cuáles son algunas de las limitaciones que Medi-Cal impone a los DME y los suministros médicos?

Medi-Cal limita la autorización de los DME al artículo con el menor costo que servirá adecuadamente a sus necesidades médicas. Sección 51321(g) del título 22 del C.C.R.

Medi-Cal no cubre artículos para el hogar, artículos que no se utilizan principalmente para el cuidado médico ni 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 autorizará como dispositivo médico. Medi-Cal no cubre aparatos de aire acondicionado, filtros de aire, mezcladoras de alimentos, colchones ortopédicos y modificaciones en el automóvil. Secciones 51321(e) y 51321(f) del título 22 del C.C.R.

9. ¿En qué casos proporciona Medi-Cal una silla de ruedas eléctrica o personalizada de peso ligero?

Medi-Cal adquirirá una silla de ruedas eléctrica o personalizada de peso ligero sólo cuando usted pueda justificar la adquisición. Básicamente, Medi-Cal comprará sillas livianas o ultralivianas solamente si usted no tiene suficiente fuerza en los brazos para impulsar una silla más pesada.

Las sillas de ruedas deportivas no son un beneficio de Medi-Cal. Si no tiene movilidad o fuerza en los brazos para operar una silla de ruedas manual, Medi-Cal podría aprobar una silla de ruedas eléctrica. Pero, si su solicitud está basada en necesidades meramente sociales, educativas o de obtención de empleo, Medi-Cal no la aprobará. Carta informativa “*All-Plan Letter*” (APL) N.º: 15-018, Declaración de políticas de Medi-Cal 82-21. También consulte la carta APL 15-018, disponible en: <http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/Documents/MMCDAPLsandPolicyLetters/APL2015/APL15-018.pdf>.

10. ¿Medi-Cal pagará modificaciones en la vivienda?

Solo en algunos casos. Medi-Cal no pagará por modificaciones en la vivienda a través del programa Medi-Cal regular, excepto cuando sea necesario para proporcionar servicios de diálisis en el domicilio. Sección 51321(a) del título 22 del C.C.R. Si usted está inscrito en un plan de salud administrado por Medi-Cal, el plan podría cubrir estos elementos, pero no es obligatorio. Sin embargo, Medi-Cal cubrirá modificaciones en la vivienda si usted recibe Medi-Cal a través de la exención de los Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, *Home and Community-Based Services*). Puede encontrar información acerca de las exenciones de HCBS en el sitio web de DRC: <http://www.disabilityrightsca.org/pubs/PublicationsChildrensHealth.htm>, and <http://www.disabilityrightsca.org/pubs/PublicationsRULAEnglish.htm>.

11. ¿Pagará Medi-Cal por dispositivos de autoayuda que necesito para realizar las actividades de la vida diaria?

Sí. Medi-Cal pagará los dispositivos de ayuda esenciales para la realización de las actividades comunes de la vida diaria. Dichos dispositivos incluyen: utensilios de diseño especial para comer, sujetar utensilios, abotonarse, asientos elevados para inodoro, mangueras flexibles para ducha, mesas para estar parado y muchos otros elementos de diseño especial. Dado que Medi-Cal no los menciona como DME, todos estos dispositivos requieren una aprobación previa, independientemente del costo. Declaraciones de políticas de Medi-Cal 49-73 y 73-11.

12. ¿Pagará Medi-Cal por dispositivos de comunicación aumentativa de habla sintetizada (antes conocidos como dispositivos de comunicación

umentativa/alternativa [AAC, augmentative/alternative communication]?

Sí. Medi-Cal proporcionará dispositivos y servicios de comunicación aumentativa y alternativa (AAC) cuando se determine que son médicamente necesarios. Consulte la sección de Dispositivos generadores del habla en el manual de Medi-Cal sobre Equipo médico duradero y suministros médicos, disponible en: http://files.medi-cal.ca.gov/pubsdoco/publications/masters-mtp/part2/spedev_a02a04a06a08o01o03o11.doc. Esta prestación está disponible para los beneficiarios de Medi-Cal que han recibido un diagnóstico de un trastorno de comunicación significativo.

13. ¿Cada cuánto puedo obtener un reemplazo de mi DME?

Medi-Cal cuenta con una lista de periodicidad donde se señalan los límites para el reemplazo de DME, pero no son límites obligatorios e inflexibles. Por ejemplo, conforme a la ley estatal, Medi-Cal “deberá permitir el reemplazo de equipo médico duradero y de suministros médicos siempre que sea necesario debido a situaciones de pérdida o destrucción, como consecuencia de circunstancias que estén fuera del control del beneficiario”. (Secciones 14132(k) y (m) del Código de Bienestar e Instituciones). Las leyes federales permiten que Medi-Cal tenga listas de frecuencia para fines de conveniencia administrativa, pero debe permitir excepciones para “garantizar que la cantidad, la duración y el alcance de la cobertura sean razonablemente suficientes para lograr el objetivo del servicio”. Sección 440.230(b) del título 42 del Código de Reglamentos Federales (C.F.R., *Code of Federal Regulations*). La fuente más confiable sobre este tema es una carta federal del Director estatal de Medicaid, con fecha del 4 de septiembre de 1998, que puede consultar en este enlace: <https://downloads.cms.gov/cmsgov/archived-downloads/SMDL/downloads/SMD090498.pdf>.

14. ¿Cómo obtengo un DME si tengo tanto Medicare como Medi-Cal?

Un mandato judicial en el caso de *Charpentier contra Kizer* determinó procedimientos para obtener una autorización de Medi-Cal antes de facturar a Medicare. De esta forma, cuando el proveedor del DME envíe la factura a Medicare por el artículo, el proveedor puede estar seguro que recibirá el pago total a la tarifa de Medi-Cal, que por lo general es más alta que la de Medicare. Con base en los procedimientos determinados en el caso de *Charpentier*:

1. El proveedor del DME envía primero una solicitud TAR a Medi-Cal.
2. Una vez que Medi-Cal aprueba la TAR, el proveedor puede entregar el DME y enviar la factura a Medicare por el costo del equipo.
3. Si Medicare decide que el artículo es médicamente necesario, pagará el 80% de lo que considera la tarifa razonable para ese artículo. Entonces, Medi-Cal pagará la diferencia entre la tarifa de Medi-Cal y el monto que paga Medicare. Si Medicare no aprueba el artículo, Medi-Cal pagará el costo total a la tarifa de Medi-Cal.

15. ¿Qué hago si Medi-Cal o mi plan de salud administrado no me proporciona el DME u OAP que necesito?

Puede presentar una apelación. Si no está satisfecho con la respuesta de Medi-Cal, puede solicitar una audiencia imparcial con Medi-Cal. Si está inscrito en un plan de salud administrado por Medi-Cal y está insatisfecho con la decisión tomada, puede presentar una apelación ante el plan y solicitar una audiencia imparcial. Puede solicitar la audiencia imparcial sin tener que presentar una apelación. Si está inscrito en un plan de salud administrado, también puede solicitar una revisión médica independiente (IMR, *independent medical review*) ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC, *California Department of Managed Health Care*). Si desea solicitar una IMR, por lo general primero tendrá que presentar una apelación ante el plan de salud administrado. Para obtener más información, visite: <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-CalFairHearing.aspx>. Este sitio web es un buen lugar

para comenzar su búsqueda si está considerando solicitar una audiencia imparcial de Medi-Cal. Una gran cantidad del material analizado en la siguiente sección de este documento también contiene información útil sobre audiencias imparciales. Para obtener más información sobre las audiencias imparciales en general, visite el sitio web de la División de audiencias estatales del Departamento de Servicios Sociales (*Department of Social Services' State Hearings Division*): <http://www.dss.cahwnet.gov/shd/default.htm>, y <http://www.dss.cahwnet.gov/shd/PG1094.htm>.

16. ¿Dónde puedo obtener más información?

Hay mucha información acerca de Medi-Cal disponible en internet. Para obtener más información, consulte la publicación #5511.01 del DRC, Medi-Cal: Dónde encontrar leyes, reglamentos y otra información útil y gratuita en internet (marzo de 2012):

<http://www.disabilityrightsca.org/pubs/PublicationsHealthBenefits.htm>.

A continuación le indicamos otros recursos útiles disponibles por internet:

Para solicitar Medi-Cal Si tiene un SSI, de manera automática tendrá Medi-Cal. Si no tiene Medi-Cal, puede solicitarlo en línea o en el departamento de servicios sociales de su condado. También encontrará más información acerca de las solicitudes para Medi-Cal en el sitio web del Departamento de Servicios de Salud de California (DHCS):

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>.

Elegibilidad para Medi-Cal. Una buena fuente de información acerca de la elegibilidad y los servicios de Medi-Cal es el manual NHeLP, Generalidades sobre el programa Medi-Cal (2008), disponible en el sitio web de *Health Consumer Alliance*:

<http://healthconsumer.org/publications.htm#manuals>. La *Health Consumer Alliance* tiene otras publicaciones útiles sobre la elegibilidad y los servicios de Medi-Cal en ese mismo sitio web.

Manuales para proveedores de Medi-Cal. Puede encontrar los manuales para proveedores de Medi-Cal en el sitio web del proveedor de Medi-Cal: http://files.medi-cal.ca.gov/pubsdoco/Manuals_menu.asp. El Manual sobre equipo médico duradero y suministros médicos está

disponible en el rubro “Allied Health”. Ahí también encontrará el Manual sobre dispositivos ortopédicos y protésicos (OAP).

Disability Rights California cuenta con numerosas publicaciones acerca de la elegibilidad para Medi-Cal y sus servicios. Puede encontrar ese material en:

<http://www.disabilityrightsca.org/pubs/PublicationsHealthBenefits.htm>.

Disability Rights California cuenta con el patrocinio de varias instituciones. Para ver la lista completa de patrocinadores, visite:

[http://www.disabilityrightsca.org/
Documents/ListofGrantsAndContracts.html](http://www.disabilityrightsca.org/Documents/ListofGrantsAndContracts.html).