

Ejemplo de Carta Apelación ha Medi-Cal Negando Service de Habla y El Discurso Negación y Remision al Distrito Escolar

< Su Dirección>

Vía Correo Certificado

<Fecha>

A la atención de: Apelaciones y Quejas  
< Dirección de su Plan de Salud >

Re: Request for Appeal for Medi-Cal Patient <Child's name>

A quien le corresponda;

Le escribo en nombre de mi hijo NOMBRE (Fecha de Nacimiento: XX / XX / XXXX, Plan de Salud # XXXXXXXX). Le escribo para apelar y comunicar mis preocupaciones sobre la carta enviada por el (Nombre de grupo médico o plan de salud) (acompane la carta que recibio) negando services. Recibi la carta en (xx / xx / xxxx) negando services de habla <servicios> <evaluacion.>. La carta afirma que el <PACIENTE> debe ser referido al distrito escolar, explicando que es la responsabilidad del distrito escolar que ofresca services para todos los niños mayores de tres años. También estoy solicitando los servicios de terapia ocupacional para mi hijo.

Revise los Documentos de Evidencia de Cobertura. En las páginas <xxx> se describe que la terapia de habla, para los menores de 21 años, es un beneficio que si cubierto. Siempre y cuando sea médicamente necesario (incluyo sólo si dice esto). (O'): He revisado los Documentos de Evidencia de Cobertura, en las páginas <xxx> dice explícitamente que la terapia del habla para las personas con discapacidades son referidos fuera a la agencia educative. El pediatra del <PACIENTE>, Dr. <NOMBRE> solicito la autorización. (Si ya tiene una evaluacion): Dr. <NOMBRE> junto con la especialista de habla, <NOMBRE>, estan de acuredo con el minimo de < CANTIDAD> sesiones individuales al menos XX de (especifique la duración, por ejemplo, 1 hora, 30 minutos) y sesiones de grupo XX por semana son médicamente necesarios para el tratamiento <PACIENTE> trastorno autista.

Estándares Federal para Evaluaciones, Tratamiento y Diagnosticos Seguidos (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment - EPSDT), requieren que los niños reciban la cobertura de "asistencia necesaria de la salud, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas. . . para corregir o mejorar defectos y enfermedades y condiciones físicas y mentales ". (42 USC Sec.. 1396d (r) (5)). Los criterios de EPSDT para necesidades médicas asegura un nivel de cobertura suficiente, no sólo para el tratamiento de una enfermedad que ya existente, sino también para prevenir el desarrollo o empeoramiento de las condiciones, enfermedades y discapacidades (42 USC Sec.. 1396d (r) (5)).

Cobertura de Medi-Cal también son gobernados por la Ley Keene Knox, y debe cumplir con el el Código de Salud y Seguridad § 1367 (i) y descritos en 28 CCR § 1300.67 (a ) (1), que indica que se debe de proporcionar "Servicios de Salud Básicos".. Además, al ser contactado por el Proyecto de Seguro de Salud Autismo, el plan de Medi-Cal explica que es la responsabilidad

del grupo de plan de salud / médica para solicitar el reembolso de EPSDT. Y el cuidado del paciente no debe verse afectado o retrasado por el procedimiento de solicitar el reembolso.

Segun la evaluación del habla o la evaluación psicológica. El <PACIENTE> tiene los siguientes retos lingüísticos que aclarar:

1. (dificultades de idioma, explique aquí aquí) y
2. (recomendaciones específicas de tratamiento).
3. (Lista de motor o problemas sensoriales y recomendaciones específicas de tratamiento, si es necesario OT).

El especialista de habla (o psicólogo) que está consultando con <PACIENTE>, ha recomendado <CANTIDAD> sesiones por semana durante <CANTIDAD> meses. Al final de este tiempo el <PACIENTE> puede ser reevaluado. (Si no hay evaluaciones de habla o terapia ocupacional): Una evaluación del habla y / o evaluación de terapia ocupacional es médicamente necesario para evaluar si el <PACIENTE> requiere tratamientos de estos servicios.

Gracias de antemano por autorizar los servicios solicitados

<NOMBRE DEL PADRE>

<TELEFONO DEL PADRE>

Documentos Incluidos: (EN Orden)

1. Documento de Plan de Salud, negando los servicios
2. Evaluación de Habla (si lo tiene)
3. Evaluación de terapia ocupacional (Si lo tiene)
4. Evaluación psicológica (si lo tiene)
5. Página del Plan de Cobertura de Medi-Cal, que explica que servicio de habla si es cubierto. Y si la cobertura es la responsabilidad de la agencia de educación local (escuela o distrito escolar).
6. Algun otro document que le puede explicar el problema de servicios de habla.